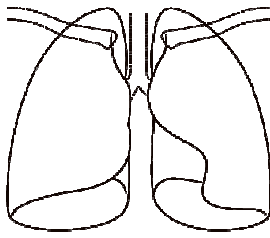


健康診断個人票（雇入時）

ふりがな 氏名	生年月日		昭和・平成	年	月	日
	性別・年齢		男・女	歳		
業務歴	血圧(mmHg)					
	貧血検査	血色素量 (g/dl)				
赤血球数 (万/mm ³)						
既往歴	肝機能	GOT (IU/L)				
		GPT (IU/L)				
自覚症状及び他覚症状の有無	血中脂質	γ-GTP (IU/L)				
		中性脂肪 (mg/dl)				
		HDLコレステロール (mg/dl)				
	LDLコレステロール (mg/dl)					
血糖検査		血糖 (mg/dl)				
身長 (cm)			尿検査	蛋白		
体重 (kg)				糖		
腹囲 (cm)			その他検査	HBs抗原		
視力	右	()		HBs抗体		
	左	()	医師の指示及び就業上の注意事項			
聴力 (オーディオメーターによる検査)	右 1000Hz	1.所見なし 2.所見あり				
	4000Hz	1.所見なし 2.所見あり				
	左 1000Hz	1.所見なし 2.所見あり				
	4000Hz	1.所見なし 2.所見あり				
心電図検査			平成 年 月 日			
胸部X線検査				〒901-2211 沖縄県宜野湾市宜野湾3-3-13 医療法人緑水会 宜野湾記念病院		
		医師名		印		
		備考				