

健康診断書 (神奈川県立病院機構)		職種		医師		
		受験番号				
ふりがな 氏名	男 女	住 所	電話			
生年月日	年 月 日 (歳)					
既往症 (年齢/病名 療養期間)						
身長	cm	血 圧	最高	mmHg	最低	mmHg
体 重	kg	貧血検査	血色素量	g/dl		
腹 囲	cm		赤血球数	万/mm ³		
視 力	左 右	肝機能検査	GOT	IU/l		
	矯正 () ()		GPT	IU/l		
聴 力			γ-GTP	IU/l		
胸部X線 (大四ツ切フィルム)		血中脂質検査	LDLコレステロール	mg/dl		
			HDLコレステロール	mg/dl		
			血清トリグリセライド*	mg/dl		
		血糖検査	mg/dl			
心電図検査		尿 検 査	糖			
			蛋白			
			潜血			
現在の疾病及び理学的所見 (自覚症状及び他覚症状)						
運動機能障害						
就業の可否 (いずれかに○をつけてください)	A 通常勤務が可能		B 就業に支障あり			
〈就業上の注意事項〉						
令和 年 月 日						
所在地						
医療機関名						
医師氏名						
(印)						