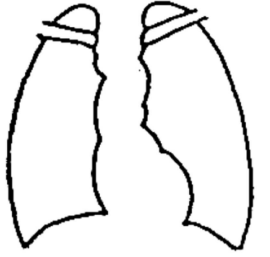


身 体 検 査 書									
氏 名				性別	男・女	生年月日	昭・平 年 月 日	年齢	歳
身 長	cm				体 重	kg			
既往症	病名					罹病期間			
視 力	裸 眼	左	矯 正	左	胸部の X 線写真所見		(所見)		
		右		右					
眼 疾	有 () ・ 無								
聴力オーディオ法	右	1000Hz	所見なし・所見あり ()						
		4000Hz	所見なし・所見あり ()						
	左	1000Hz	所見なし・所見あり ()		赤 血 球 数	×10 ⁶ /μℓ			
		4000Hz	所見なし・所見あり ()		白 血 球 数	×10 ³ /μℓ			
鼻及び咽喉頭					ヘモグロビン	g/dℓ			
血 圧	～ mmHg				HB-A1c	%			
検 尿	尿蛋白定性 (- ・ ± ・ + ・ ++ ・ +++)				肝機能	C R P		mg/dℓ	
	尿糖定性 (- ・ ± ・ + ・ ++ ・ +++)					A S T (G O T)	I U/ℓ		
	尿ウビリノゲン (- ・ ± ・ + ・ ++ ・ +++)					A L T (G P T)	I U/ℓ		
	尿潜血反応 (- ・ +)					γ-GTP (G-GTP)	I U/ℓ		
腎 機 能	尿素窒素	mg/dℓ			血中脂質	総コレステロール		mg/dℓ	
	クレアチニン	mg/dℓ				中 性 脂 肪		mg/dℓ	
心電図検査	所見なし ・ 所見あり					HDLコレステロール		mg/dℓ	
	[]					LDLコレステロール		mg/dℓ	
総合所見	1 就業の可否 (○をつける) (1) 通常勤務に耐える (2) 軽度の業務に支障はない (3) 就業に支障あり (4) 次の項目の精密検査結果による []				2 就業上の注意事項				
検査機関及び医師名	年 月 日 (検査機関) (所在地) (医師名)				印				

(注意事項) 1 上記の検査ができる医療機関等で検査を受け、すべての検査項目について記入してもらってください。
 2 この検査結果により、再検査をしてもらう場合があります。