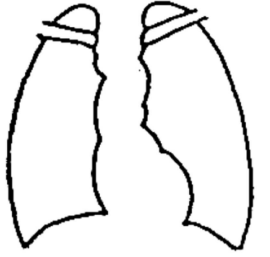


身 体 検 査 書										
氏 名				性別	男・女	生年月日	昭・平 年 月 日	年齢	歳	
身 長	cm				体 重	kg				
既往症	病名					罹病期間				
視 力	裸 眼	左	矯 正	左	胸部の X 線写真所見		(所見)			
		右		右						
眼 疾	有 () ・ 無									
聴力オーディオ法	右	1000Hz	所見なし・所見あり ()							
		4000Hz	所見なし・所見あり ()							
	左	1000Hz	所見なし・所見あり ()			赤血球数	×10 ⁶ /μℓ			
		4000Hz	所見なし・所見あり ()			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 (- ・ ± ・ + ・ ++ ・ +++)					C R P		mg/dℓ		
	尿糖定性 (- ・ ± ・ + ・ ++ ・ +++)					肝機能	AST (GOT)		IU/ℓ	
	尿ウレビリノゲン (- ・ ± ・ + ・ ++ ・ +++)						ALT (GPT)		IU/ℓ	
	尿潜血反応 (- ・ +)						γ-GTP (G-GTP)		IU/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。