

様式2号

健康診断書 (B)

受験番号

ふりがな		性別	昭和・平成 年 月 日生(歳)	
氏名		男・女		
身長	cm	血球検査	赤血球数 ()	
体重	kg		ヘマトクリット値 ()	
聴力	右 生活上問題 (あり・なし) 左 生活上問題 (あり・なし)		血色素量 () 白血球数 ()	
視力	右 () 左 ()	肝機能検査	GOT IU/l	
血圧	~ mmHg		GPT IU/l	
尿検査	糖	既往歴等	γ-GTP IU/l	
	蛋白			
胸部X線検査	撮影月日			
	平成 年 月 日			
	結果 (異常なし・あり)			

総合判断

1. 異常なし 2. 要精検 3. 要治療
4. 就業制限 なし あり ()

平成 年 月 日

医療機関名 _____

医師名 _____

Ⓜ

※ 就業制限の有無の記載、(あり)の場合は詳細の記載をお願いします。

秋田県厚生農業協同組合連合会