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 ）		血色素量　(　)
	左　生活上問題（ あり・なし ）		白血球数　(　)
視　力	右　(　)	肝機能検査	ＧＯＴ　IU／l
	左　(　)		ＧＰＴ　IU／I
血　圧	～　mmHg		γ－ＧＴＰ　IU／I
尿検査	糖	既往歴等	
	蛋白		
胸部X線検査	撮　影　月　日		
	令和　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　(　)

令和　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