

様式2号

健康診断書 (B)

受験番号

ふりがな		性別	昭和	
氏名		男・女	年 月 日生(歳)	平成
身長	c m		血球検査	赤血球数 ()
体重	k g			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	()		GOT IU/I
	左	()		GPT IU/I
血圧	~	mmHg	肝機能検査	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