様式２号

健　康　診　断　書　(B)

受　験　番　号

ふりがな 氏　　名		性別 男・女	昭和 平成	年　　月　　日生(　　歳)
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／I
	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