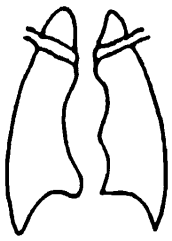
採 用 志 願 者 健 康 診 断 票

山形県教育委員会

氏 名			年　月　日生 （満　　歳）	性別		住 所	
身　　長			cm	胸部Ｘ線検　査		 直接　異常なし 間接　異常あり 平成　　年　　月　　日撮影	
体　　重			kg				
ＢＭＩ							
腹　　囲			cm				
視 力	右		（　　）				
	左		（　　）				
聴 力	右	1000Hz	所見あり　所見なし	貧血検査	血色素量	g/dℓ	
		4000Hz	所見あり　所見なし		赤血球数	万/mm３	
	左	1000Hz	所見あり　所見なし	肝 機 能検　査	ＧＯＴ	IU/dℓ	
		4000Hz	所見あり　所見なし		ＧＰＴ	IU/dℓ	
					γ-ＧＴＰ	IU/dℓ	
血　　圧			～　　mmHg	血中脂質検　査	LDLｺﾚｽﾃﾛｰﾙ	mg/dℓ	
業 務 歴					HDLｺﾚｽﾃﾛｰﾙ	mg/dℓ	
					ﾄﾘｸﾞﾘｾﾗｲﾄﾞ	mg/dℓ	
				血　糖　検　査		mg/dℓ	
				尿 検 査	糖	－　±　＋　＋＋　＋＋＋	
					蛋　白	－　±　＋　＋＋　＋＋＋	
既 往 症				心 電 図検　査			
				その他の検　査	腹　囲（ＢＭＩ　　） ＬＤＬ（　　mg/dl ）		
自覚症状				診　　断			
				指導上の区　分	健 康 者　　要注意者 要休業者　　要療養者		
理 学 的所　見				備　　考			

上記のとおり診断します。

令和　　年　　月　　日

医療機関名

医 師 氏 名　　㊞

（注）① 上記の項目すべてについて記載を依頼すること。

② その他の検査欄には、既往症、理学的所見等の上記検査との関連又は外見上から必要とおもわれる検査をしたときに、その検査項目及び結果を具体的に記入を依頼すること。

③ 備考欄には、血糖検査を空腹時以外に行なった場合の食事から検査までの経過時間等留意事項を記入すること。

④ 検査医は厳封して依頼者に手交してください。