採 用 健 康 診 断 書

［採用予定職種　　］　　（受診日　　年　　月　　日）

フリガナ 氏 名	男・女	生 年 月 日	年　月　日 生（満　才）
現住所			

身　長 cm	体　重 kg	ツベルクリン反応 陰 性 ・ 強陽性 ・ 陽 性 （実施年月日：　年　月　日）

既往症	自覚症状

視力	裸眼	矯正
右	（　　）	
左	（　　）	

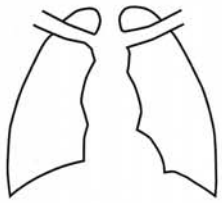
眼疾患		
なし		
あり	右（　　）	
	左（　　）	

聴力		
右	正常 ・ 難聴	（　　）
左	正常 ・ 難聴	（　　）

耳疾患		
なし		
あり	右（　　）	
	左（　　）	

胸部X線（直接）

所見



（撮影日：　　年　　月　　日）

内科所見

血液検査				
赤血球	（　）	GOT	（　）
白血球	（　）	GPT	（　）
血色素	（　）	γ-GTP	（　）
血小板	（　）	総コレステロール	（　）
HBs抗原	（　）	中性脂肪	（　）
HBs抗体	（　）	血糖	（　）
HCV抗体価	（　）		

尿検査	
尿蛋白半定量	（　　）
糖半定量	（　　）

血　圧　　mmHg／　　mmHg

《判定結果》

異常なし・
異常あり：精密検査不要
異常あり：精密検査必要（　　）

就業可能　・　就業不可

付　記

年　月　日　　医療機関　名　称
住　所

医師名　　印

注１．国公立病院・保健所・大学病院・総合病院にて受診のこと
　２．血液検査・尿検査については検査結果伝票の添付でも可

学校法人　藤田学園