

# 健康診断書

中津川市

氏名 (ふりがな)		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	年 月 日生 ( 歳)		
・ 胸部エックス線検査 ・ X線直接撮影 年 月 日 投影 No. _____ 異常所見の有無 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( ) ・ 血沈 (1° mm 2° mm) ・ かくたん ( ) ・ 打聴診その他		最高値 ( )		血 圧 (mg Hg)	
		最低値 ( )			
		貧血検査	血色素量 (g/dl)		
			赤血球数 (万/m <sup>3</sup> )		
		肝機能検査	GOT (IU/l)		
GPT (IU/l)					
γ-GTP (IU/l)					
血中脂質検査	総コレステロール (mg/dl)				
	トリグリセライド (mg/dl)				
視力	右 ( . )	尿検査	糖	- + - -	
	左 ( . )		蛋白	- + - -	
色覚		心電図 検査			
聴力	右 1000Hz 1 所見なし 2 所見あり				
	4000Hz 1 所見なし 2 所見あり				
	左 1000Hz 1 所見なし 2 所見あり				
	4000Hz 1 所見なし 2 所見あり				
その他の法定検査					
臨床医学的所見					
備 考					
平成 年 月 日 医療機関所在地 医療機関名 医師名					

(様式第2号)

氏名 (ふりがな)	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	年 月 日生 ( 歳)	
現住所 県 市 郡 町 村			
体格	身長 c m		
	体重 k g		
I あなたの現在の健康状態はどうか <input type="checkbox"/> 非常によい <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 病気にかかっている (病名又は症状 発病した時期 年 月)			
II 身体に何か障害がありますか <input type="checkbox"/> な い <input type="checkbox"/> あ る あればどうのことですか ( ) 身体障害者福祉法による障害等級の何級に該当していますか ( 級)			
III 既往症がありますか あれば下の欄に病名その他記入してください <input type="checkbox"/> な い <input type="checkbox"/> あ る			
	I	II	III
病名又は症状			
病気した時期	年 月 日 (満 歳) ごろ	年 月 日 (満 歳) ごろ	年 月 日 (満 歳) ごろ
病気した期間	約 日	約 日	約 日
IV ツベルクリン反応が陽転した (はじめて陽性とわかった) のはいつですか 年 月 日ごろ (当時満 歳) ツ反応 <input type="checkbox"/> 陽性です <input type="checkbox"/> 疑陽性です			
以上のおり相違ありません 年 月 日 氏名 (印)			
審査会判定	合 ・ 否	(印)	