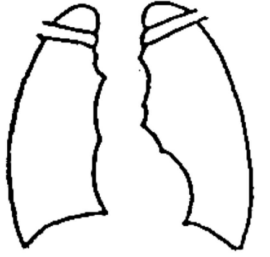


身 体 検 査 書									
氏 名				性別	男・女	生年月日	昭・平 年 月 日	年齢	歳
身 長	cm				体 重	kg			
既往症	病名					罹病期間			
視 力	裸 眼	左	矯 正	左	胸部の X 線写真所見		(所 見)		
		右		右					
眼 疾	有 () ・ 無								
聴力オーディオ法	右	1000Hz	所見なし・所見あり ()						
		4000Hz	所見なし・所見あり ()						
	左	1000Hz	所見なし・所見あり ()			赤 血 球 数	×10 ⁶ /μℓ		
		4000Hz	所見なし・所見あり ()			白 血 球 数	×10 ³ /μℓ		
鼻及び咽喉頭						ヘモグロビン	g/dℓ		
血 圧	～ mmHg					HB-A1c	%		
検 尿	尿蛋白定性 (- ・ ± ・ + ・ ++ ・ +++)					C R P		mg/dℓ	
	尿糖定性 (- ・ ± ・ + ・ ++ ・ +++)					肝機能	A S T (G O T)		I U/ℓ
	尿ウレビリノゲン (- ・ ± ・ + ・ ++ ・ +++)						A L T (G P T)		I U/ℓ
	尿潜血反応 (- ・ +)						γ-GTP (G-GTP)		I U/ℓ
腎 機 能	尿素窒素	mg/dℓ			血中脂質	総コレステロール		mg/dℓ	
	クレアチニン	mg/dℓ				中 性 脂 肪		mg/dℓ	
心電図検査	所見なし ・ 所見あり					HDLコレステロール		mg/dℓ	
	[]					LDLコレステロール		mg/dℓ	
総合所見	1 就業の可否 (○をつける) (1) 通常勤務に耐える (2) 軽度の業務に支障はない (3) 就業に支障あり (4) 次の項目の精密検査結果による []					2 就業上の注意事項			
検査機関及び医師名	年 月 日 (検査機関) (所在地) (医師名)					印			

(注意事項) 1 上記の検査ができる医療機関等で検査を受け、すべての検査項目について記入してもらってください。
 2 この検査結果により、再検査をしてもらう場合があります。