(様式２)　　　　　　　　　　　　　身　体　検　査　書

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 氏名 |  | 生年月日 | 　年　 月　 日 | 健診年月日 | 年　 月 　日 |
| 性　　別 | 男　・　女 | 年　　齢 | 歳 |
| 業務歴 |  | 血　　　　　　圧 | (mmHg) |
| 貧血検査 | 血色素量 | (g/dℓ) |
| 既往歴 |  | 赤血球数 | (万/mm３) |
| 肝 機 能検 　査 | GOT | (IU/ℓ) |
| GPT | (IU/ℓ) |
| 自覚症状 |  | γ－GTP | (IU/ℓ) |
| 血中脂質検 　査 | LDLコレステロール | (mg/dℓ) |
| HDLコレステロール | (mg/dℓ) |
| 他覚症状 |  | トリグリセライド | (mg/dℓ) |
| 血糖検査　　　　 | (mg/dℓ) |
| 身　　　長　 | （cm） | 尿 検 査 | 糖 | －　 +　　++　+++ |
| 体　　　重　 | （kg） | 白 | － 　+　　++　+++ |
| B　　M　　I |  | 心電図検査 |  |
| 腹　　　囲 | （cm） |
| 視 | 右 | （　　　　） | その他の検査 |  |
| 力 | 左 | （　　　　） |
|  | 右1000Hz | １所見なし ２所見あり |
| 聴 | 4000Hz | １所見なし ２所見あり | 医師の診断　 | □　異常なし□　要精密検査□　要治療　要精密検査・要治療の理由 |
| 力 | 左1000Hz | １所見なし ２所見あり |
|  | 4000Hz | １所見なし ２所見あり |
| 胸部エックス線検査 | 直接　　　間接撮影　　　年　　月　　日 |
| 医師の意見 |  |
| フィルム番号 | No. | 健康診断を実施した機関及び医師の氏名 |  |
| 備考 |  |

備考

１　BMIは、次の算式により算出すること。　　BMI＝体重（kg）／（身長（m）×身長（m））

２　「視力」の欄は、矯正していない場合は（　　）外に、矯正している場合は（　　）内に記入すること。

３　「医師の診断」の欄は、異常なし、要精密検査、要治療等の医師の診断を記入すること。

４　「医師の意見」の欄は、健康診断の結果、異常の所見があると診断された場合に、就業上の措置について医師の意見を記入すること。