(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。