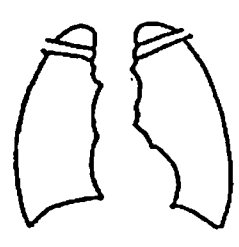


# 身 体 検 査 書

公立大学法人福島県立医科大学

本人記入欄							
フリガナ		性別	男・女	生年月日	S・H	年 月 日	年齢
氏名							歳
住所	〒 -						

医療機関記入欄				
健康診断実施年月日		平成	年 月 日	
業務歴			既往歴	
自覚症状			血圧 (mmHg) /	
他覚症状			貧血検査	
			血色素量 (g/dL)	
			赤血球 (万/mm <sup>3</sup> )	
身長 (cm)			肝機能検査	
体重 (kg)				AST(GOT) (IU/L)
腹囲 (cm)				ALT(GPT) (IU/L)
BMI			γ-GTP (IU/L)	
視力	右	( )	血中脂質検査	
	左	( )		LDLコレステロール (mg/dL)
胸部 X 線撮影	直接  所見			
		尿検査	糖 ( )	
			蛋白 ( )	
		医師の診断		
医師の意見				
上記のとおり診断します。				
平成 年 月 日				
医療機関名				
医師名			印	

- 注 1 「医師の診断」の欄には、「異常なし」、「要精検」、「要医療」等の医師の診断を記入願います。  
 2 「医師の意見」の欄には、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願います。