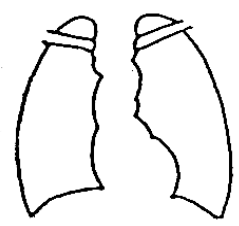


# 身 体 検 査 書

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	歳
氏名								
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	AST (GOT)	(IU/L)	
体重	(kg)				ALT (GPT)	(IU/L)	
BMI					γ-GTP	(IU/L)	
視力	右	( )			血中脂質検査	LDLコレステロール	(mg/dL)
	左	( )				HDLコレステロール	(mg/dL)
胸部 X線撮影	直接・間接  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。