様式２号

健　康　診　断　書（B）

受験番号

ふりがな		性別	昭和・平成　　年　　月　　日生(　　歳)
氏　名		男・女	

身　長	cm	血球検査	赤血球数（　　）
体　重	kg		ヘマトクリット値（　　）
聴　力	右　生活上問題　（ あり・なし ）		血色素量（　　）
	左　生活上問題　（ あり・なし ）		白血球数（　　）
視　力	右　（　　）	肝機能検査	GOT　IU／l
	左　（　　）		GPT　IU／I
血　圧	～　mmHg		γ－GTP　IU／I
尿検査	糖	既往歴等	
	蛋白		
胸部X線検査	撮影月日		
	平成　年　月　日		
	結果（ 異常　なし ・ あり ）		

総　合　判　断

1. 異常なし　　2. 要精検　　3. 要治療

4. 就業制限　なし　　あり（　　）

平成　　年　　月　　日

医療機関名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

医　師　名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿ ㊞

秋田県厚生農業協同組合連合会