様式２号

健　康　診　断　書　(B)

受　験　番　号

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

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／I
	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		
	令和　　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　(　　)

令和　　年　　月　　日

医療機関名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

医　師　名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿ ㊞

※ 就業制限の有無の記載、（あり）の場合は詳細の記載をお願いします。

秋田県厚生農業協同組合連合会