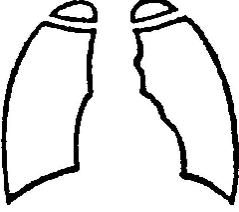


※氏名		男女	※住所		
※生年月日	年 月 日生(歳)	※試験区分		※受験番号	
既往症					
感覚器 呼吸器 循環器 消化器 運動器 神経系 その他	所見				
身長	. cm		体重	. kg	
視力	左 . 矯正(.)		聴力	右 1000Hz/4000Hz 左 1000Hz/4000Hz	
	右 . 矯正(.)			所見なし・所見あり 所見なし・所見あり	
胸部X線検査	間接・直接	No.	月 日撮影	検尿 蛋白 (- 土 + ++ +++) 糖 (- 土 + ++ +++) ウロビリノーゲン (- 土 + ++ +++) ※いずれかに丸印をつけてください。	
	所見				血圧測定値 ~ mmHg
血液生化学	GOT	IU/l	中性脂肪	mg/dl	血液一般 白血球 mm3 赤血球 ×10000mm3 血色素 g/dl ヘマトクリット %
	GPT	IU/l	HDL コレステロール	mg/dl	
	γ-GT	IU/l	LDL コレステロール	mg/dl	
	尿酸	mg/dl	クレアチニン	mg/dl	
その他の検査	(必要と認める場合)			血糖検査 mg/dl HbA1c %	
総合所見	就業 (可 不可)				
就業上の注意事項					
備考	(検査年月日 年 月 日)				
上記のとおり診断します。 年 月 日 検診機関 所在地 機関名 医師 印					

(受験者へ注意事項)

- 1 提出日前3ヵ月以内に受診したものを有効とします。
- 2 ※印欄は受診前に記入してください。

(医療機関各位へお願い)

本状持参者は、長野県職員採用試験等の受験者です。上記項目のすべてについて検診して下さるようお願いいたします。なお、検診終了後は、密封封印のうえ受験者に交付してください。

この健康診断書に記載された個人情報、採用のために必要な範囲でのみ利用します。