旭　川　医　科　大　学

採　用　時　健　康　診　断　書

ふりがな 氏　名 S・H　　年　　月　　日生（満　　歳）		男・女	胸部所見	 Ｘ－Ｐ撮影日：　　年　　月　　日 Ｘ－Ｐﾌｨﾙﾑ番号：No		
現住所						
身　長	体　重	腹　囲				
ｃｍ	ｋｇ	ｃｍ				
眼	視　力	裸眼	右（　　）　左（　　）	血液一般	採取年月日	年　月　日採取
		矯正	右（　　）　左（　　）		白血球数	
聴力	右	1000HZ	１所見あり　２所見なし		赤血球数	
		4000HZ	１所見あり　２所見なし		血色素量	
	左	1000HZ	１所見あり　２所見なし		ヘマトクリット	
		4000HZ	１所見あり　２所見なし	血糖検査		
血　圧　（　　）mmHg～（　　）mmHg				低比重リポ蛋白コレステロール LDL-C		
尿の検査	蛋　白			血清トリグリセライド TG		
	糖			ＨＤＬコレステロール HDL-C		
既往歴				肝機能検査	GOT　GPT　γ－GTP	
					（　）（　）（　）	
自覚症状及び他覚症状				心電図検査		
総合所見	年　月　日 病院名 医　師　　印					
備考						

医療機関　各位

本健康診断の受診に際し、**受診者の氏名**を明記した**インボイス制度対応**の**領収書**を発行願います。