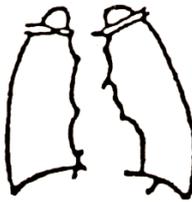


(船舶技能用)

健康診断書

職 種		氏 名			※
受験番号	※	生年月日			
身 長		視 力	右	(矯正)	
体 重			左	(矯正)	
B M I (35歳以上)		色 覚			
血 圧		聴 力			
血 糖 (35歳以上)		握 力	右	左	
尿 検 査	糖	検 便	虫卵		
	蛋白		ヘモグロビン(35歳以上)		
肝機能検査 (35歳以上)	GOT	血中脂質検査 (35歳以上)	LDLコレステロール	貧血検査 (35歳以上)	血色素量 赤血球数
	GPT		中性脂肪		
	γ-GTP		HDLコレステロール		
胸部疾患の 既往症・現症		胸 部 X 線 検 査 所 見	 直接・間接		
肺 活 量					
心電図検査 (35歳以上)					
そ の 他 の 既往症・現症	(消化器・循環器・感覚器・神経系・四肢運動・言語等。) (自覚症状、他覚症状の有無も記入してください。)				
総 合 所 見 及 び 就 業 上 の 注 意 事 項					
上記のとおり診断する。					
令和 年 月 日					
病院等機関名 (所在地) (電話番号) 担当医師名					
					印

※印欄は記入しないでください。