【別添2】

基準数値

身 体 検 査 書

職　種

（フリガナ） 氏　名	（　　）		男・女	生年月日 （年齢）	年　月　日生 （検査日現在　満　歳）			
既往歴		身　長	cm	血液検査	貧血検査	赤血球数	男359以下600以上 女329以下550以上	万/mm^3
						血色素量	男12.0以下18.1以上 女11.0以下16.1以上	g/dl
		体　重	kg		肝機能検査	AST（GOT）	51以上	IU/l
自覚症状						ALT（GPT）	51以上	IU/l
		BMI	〔体重（kg）/身長（m）^{2}〕			γ－GTP	101以上	IU/l
					血中脂質検査	LDLｺﾚｽﾃﾛｰﾙ	59以下140以上	mg/dl
他覚症状		腹　囲	cm			HDLｺﾚｽﾃﾛｰﾙ	29以下120以上	mg/dl
						ﾄﾘｸﾞﾘｾﾗｲﾄﾞ	29以下300以上	mg/dl
		血　圧	140／90 mmHg		糖代謝検査	血糖値	空腹時血糖 59以下126以上	mg/dl
						ＨｂＡ１ｃ	6.5以上	%
視力	右	（　　）		尿検査	蛋白	－　±　＋　++　+++	(+)以上	
	左	（　　）			糖	－　±　＋　++　+++	(+)以上	
聴力	右　1000HZ 4000HZ	1　所見なし　2　所見あり 1　所見なし　2　所見あり			ｳﾛﾋﾞﾘﾉｰｹﾞﾝ	－　正常　＋　++　+++	(-)/(++)以上	
	左　1000HZ 4000HZ	1　所見なし　2　所見あり 1　所見なし　2　所見あり		心電図検査				

胸部エックス線検査 （直接撮影） フィルム番号	No.	喀痰細菌検査	※必要があり実施した場合のみ記入
総合判定	総合判定欄には、診断医師の就業の可否に係る判定結果が必ず記載されていること 例）就業に支障なし、就労可		

所見ありの場合は再検

血圧・血液検査は基準数値の範囲外の場合は再検査
尿検査は右の(＋)以上の場合は再検査
（ウロビリノーゲンは(－)も再検査）

年　月　日

令和８年１月１日
以降の日付

検査機関

診断医師名　　印

備考 １ 「視力」の欄は、矯正していない場合は（　）外に、矯正している場合は（　）内に記入。