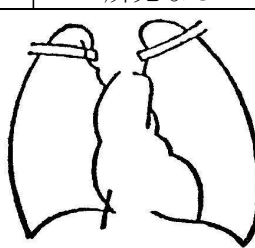


※受診者記入欄 採用時健康診断書

ふりがな氏名		男・女	生年月日	年	月	日	歳
住所	〒 _____ 電話() _____						
過去の職歴							
現病歴	なし・あり〈傷病名〉 〈医師の就業上の配慮指示〉 なし・あり 〈発症時期〉 _____年 _____月 〈治療状況〉 治療中・経過観察中 〈今後の予定〉 通院継続・通院なし(医師の指示によるもの) 〈通院継続の場合の頻度〉 ()回 / ()年・月・週						
既往歴	A. 入院歴	なし・あり〈傷病名〉 〈医師の就業上の配慮指示〉 なし・あり 〈発症時期〉 _____年 _____月 〈最終受診(治療)〉 _____年 _____月					
	B. 療養歴	なし・あり〈傷病名〉 〈医師の就業上の配慮指示〉 なし・あり 〈発症時期〉 _____年 _____月 〈最終受診(治療)〉 _____年 _____月					
	C. その他の既往歴	なし・あり〈傷病名〉 〈医師の就業上の配慮指示〉 なし・あり 〈発症時期〉 _____年 _____月 〈治療状況〉 治療中・経過観察中・治療終了 (医師の指示によるもの) 〈今後の予定〉 通院継続・通院なし (医師の指示によるもの) 〈通院継続の場合の頻度〉 ()回 / ()年・月・週					

* 「電話」は、日中に連絡のつく電話番号を記入してください。
 * 現病歴及び既往歴の「なし・あり」、〈医師の就業上の配慮指示〉の「なし・あり」、〈治療状況〉の「治療中・経過観察中・治療終了」、〈今後の予定〉の「通院継続・通院なし」等は該当するもの一つを○で囲んでください。

※医師記入欄

職歴・既往歴							
自覚症状							
他覚所見	(言語障害・奇形・欠損・麻痺・変形等は具体的に)						
身長	cm	体重					kg
腹囲	cm	BMI	$\frac{\text{体重(kg)}}{\text{身長(m)}^2}$				
血圧	/	mmHg	視力	右 ()	左 ()		
聴力検査	1000Hz			4000Hz			
	右	1 所見なし	2 所見あり	1 所見なし	2 所見あり		
	左	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	所見なし 所見あり 所見(具体的に)		胸部エックス線 検査		所見なし 所見あり 所見(具体的に)		
			フィルム番号 No. _____ 撮影		結核の疑い		
心雑音	なし・あり		年 月 日				なし・あり

* 「視力」欄は、矯正している場合、()内に矯正視力のみを記入してください。

(裏面)

尿 検 査		たん 蛋白		糖	
血	貧 血 検 査	赤血球数		×10 ⁴ /mm ³	H b g /dl
液	肝 機 能 検 査	AST (GOT)	IU/ ℓ	ALT (GPT)	IU/ ℓ
検	血 中 脂 質 検 査	LDLコレステロール	mg/ dℓ	中性脂肪	mg/ dℓ
査	血 糖 検 査	空腹時血糖 mg/dl			
その他の検査					

※ 「その他の検査」欄は、別に検査を依頼した項目について記入してください。

※ 検査項目のうち「尿検査(たん蛋白)」が「+以上」又は「聴力検査」が「所見あり」の場合は、次の範囲内で同時に第2次検査を行ってください。

第 2 次 検 査	尿たん蛋白が+以上の場合	尿たん蛋白定量 尿沈渣 血清クレアチニン
	聴力検査で所見ありの場合	オーディオメータによる精密聴力検査を施行し、オーディオグラムを添付してください。(125Hzから8000Hzの気道聴力及び250Hzから4000Hzの骨導聴力)

	医 療 面	生 活 面 (就労について)
総 合 所 見	<p>◎該当する項目に○をつけてください。</p> <p>1 要医療〔項目： 〕について、 (1) (精密検査・治療)が必要な場合がありますので、速やかに医療機関を受診してください。 (2) (経過観察・治療)を継続してください。</p> <p>2 要観察〔項目： 〕について、 (1) ()ヶ月後再検査を受けてください。 (2) 生活習慣改善と再検査が必要です。 (3) 定期健診で確認してください。</p> <p>3 視力を矯正してください。</p> <p>4 異常なし</p>	<p>◎該当する項目に○をつけてください。</p> <p>A 〔項目： 〕について、 就労不可又は通常勤務不可 ((1)要休業、 (2)要軽業レベル)</p> <p>B 〔項目： 〕について、 業務に配慮が必要 (要注意レベル)</p> <p>(1) 障害に配慮した業務としてください。 〔障害名等： 〕</p> <p>(2) その他 〔内容： 〕</p> <p>C 〔項目： 〕について、 病院を受診し、主治医の指示に従ってください。</p> <p>D 就労上の問題なし</p>

上記のとおり診断する。

年 月 日

所在地

医療機関 名称

医師名

㊞

※ 胸部エックス線又は心電図に所見のある場合は、診断書にレントゲンフィルム又は心電図を添付し、受診者にお渡しください。