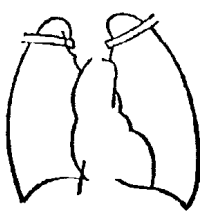


# 健康診断書

(カルテ番号 )

(実施日:平成 年 月 日)

氏名・性別	( )	心電図 <small>(学内講師以上 海外留学生者)</small>	<input type="checkbox"/> 異常なし 所見:
生年月日	S.H 年 月 日	検尿	蛋白 糖 潜血 ウロビリノーゲン
身長	cm		
体重	kg	血算	WBC $10^9/l$
BMI			RBC $10^{12}/l$
腹囲 (40歳以上)	cm		Hb g/dl
視力	右 ( ) 左 ( )		Ht %
聴力	その他 ( <input type="checkbox"/> 音叉 ・ <input type="checkbox"/> その他 ) 右 ( <input type="checkbox"/> 異常なし ・ <input type="checkbox"/> あり ) 左 ( <input type="checkbox"/> 異常なし ・ <input type="checkbox"/> あり )		PLT $10^4/\mu l$
血圧	/ mmHg	生化学	AST IU/l
結核 (IGRA)	検査日: 年 月 日 検査法: <input type="checkbox"/> QFT <input type="checkbox"/> T-spot		ALT IU/l
	判定 <input type="checkbox"/> 陰性 <input type="checkbox"/> 陽性		GGT IU/l
	<input type="checkbox"/> 判定保留 <input type="checkbox"/> 判定不可		TG mg/dl
業務歴			HDL-C mg/dl
既往歴 (メンタル面を含む)		LDL-C mg/dl	その他 (栄養部職員・ 海外留学生 帰国等) 便検査: 培養 <input type="checkbox"/> 異常なし 所見:
自覚症状	<input type="checkbox"/> 異常なし 所見:	その他 (海外留学生者)	血液型 型 Rh( ) 尿酸 mg/dl HBsAb ( ) mIU/l
		備考	
診察所見 (他覚症状)	<input type="checkbox"/> 異常なし 所見:	指示事項	業務の支障 <input type="checkbox"/> なし ・ <input type="checkbox"/> あり 指示:
胸部X線	平成 年 月 日撮影 <input type="checkbox"/> 直接 <input type="checkbox"/> 間接 <input type="checkbox"/> 異常なし 所見:		平成 年 月 日
		医療機関名	
		担当医	印