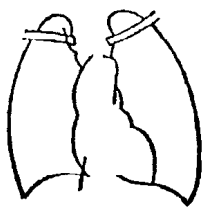


# 健康診断書

(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 <sup>9</sup> /l
BMI			RBC 10 <sup>12</sup> /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 <sup>4</sup> /μl
血圧	/ mmHg	生化学	AST IU/l
業務歴			ALT IU/l
			GGT IU/l
既往歴 (メンタル面を含む)			TG mg/dl
自覚症状	<input type="checkbox"/> 異常なし 所見:		HDL-C mg/dl
診察所見 (他覚症状)	<input type="checkbox"/> 異常なし 所見:	その他 <small>(栄養部職員・ 海外留学者 帰国等)</small>	LDL-C mg/dl
		その他 <small>(海外留学者)</small>	血糖 mg/dl
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:	血液型 型 Rh( )	HbA1c %
		備考	尿酸 mg/dl HBsAb ( ) mIU/l
結核 (IGRA) ※		検査法: <input type="checkbox"/> QFT <input type="checkbox"/> T-SPOT	医療機関名  担当医  印
	<input type="checkbox"/> 陰性 <input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 判定保留 <input type="checkbox"/> 判定不可		
	判定が陰性以外の場合は可能であれば QFT値もしくはスポット数		
	以前実施した検査で代用する場合は下記項目を記入する。		
実施医療 機関名	実施年月日		