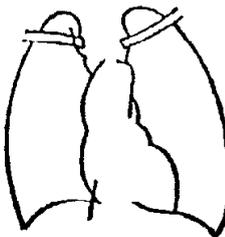


健康診断書

(カルテ番号)

(実施日:令和 年 月 日)

氏名・性別	()	心電図 <small>(学内講師以上 海外留学生)</small>	<input type="checkbox"/> 異常なし 所見:
生年月日	S . H 年 月 日		
身長	cm	検尿	蛋白 糖 潜血
体重	kg		ウロビリノーゲン
BMI		血算	WBC 10⁹/l
腹囲 (40歳以上)	cm		RBC 10¹²/l
視力	右 () 左 ()		Hb g/dl
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 ()		Ht %
聴力		PLT 10⁴/μl	
血圧	/ mmHg	生化学	AST IU/l
業務歴			ALT IU/l
既往歴 (メンタル面を含む)			GGT IU/l
自覚症状	<input type="checkbox"/> 異常なし 所見:		TG mg/dl
診察所見 (他覚症状)	<input type="checkbox"/> 異常なし 所見:		HDL-C mg/dl
		LDL-C mg/dl	
		血糖 mg/dl	
		HbA1c %	
		その他 <small>(栄養部職員・ 海外留学生 帰国等)</small>	便検査:培養 <input type="checkbox"/> 異常なし 所見:
		その他 <small>(海外留学生)</small>	血液型 型 Rh() 尿酸 mg/dl HBsAb () mIU/l
胸部X線	令和 年 月 日撮影 <input type="checkbox"/> 直接 <input type="checkbox"/> 間接 <input type="checkbox"/> 異常なし 所見: 	備考	
結核 (IGRA) ※	検査法: <input type="checkbox"/> QFT <input type="checkbox"/> T-SPOT <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 _____	医療機関名 担当医	令和 年 月 日 指示事項 業務の支障 <input type="checkbox"/> なし ・ <input type="checkbox"/> あり 指示: 印