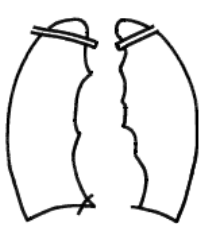


# 健康診断書

受診年月日 \_\_\_\_\_

試験の種類	職 種	<div style="border: 1px solid black; width: 50px; height: 20px; display: inline-block;"></div> 内は受診者があらかじめ記入しておくこと。			
修学資金貸付選考試験					
氏 名		生年月日・年齢	年 月 日 生 満 歳	性 別	男・女
身 長	cm	体 重	kg	腹 囲	cm
視 力	右	(矯正 . . )	聴 力 (1000Hz・4000Hz)	聴力の異常 無・有 ( . . )	
	左	(矯正 . . )			
既 往 症 (業 務 歴)			血 圧	~ mmHg	
自 覚 症 状 他 覚 症 状			貧血検査	血色素量	g/dl
				赤血球数	万/mm <sup>3</sup>
色 覚			肝機能 検 査	G O T	IU/l
胸部エックス線検査 (直接・間接)  撮影 年 月 日 フィルム番号(*) (NO. . . )  (*) フィルム番号で管理して いない場合は、患者 番号等を記入してくだ さい。	 肺野、縦隔、心臓等の異常の有無 有 ・ 無 (所見)			G P T	IU/l
				血中脂質 検 査	LDL コレステロール
			HDL コレステロール		mg/dl
			血 糖 検 査 (空腹時・食後 時間)		
尿検査			脈 拍	糖	- ± + ++ +++
				蛋 白	- ± + ++ +++
				潜 血	- ± + ++ +++
		心 電 図 検 査			
消 化 器 系	(所見) 肝腫大の有無等				
循 環 器 ・ 呼 吸 器	(所見)				
神 經 系	(所見)				
皮 膚	(所見)				
四 肢 ・ 歩 行 障 害	(所見)				
そ の 他	(所見) 構音障害、リンパ節の腫脹の有無等				
医師の指示 及 び 就業上の注意事項	就業の可否 <input type="checkbox"/> 就業可能 <input type="checkbox"/> 就業可能であるが、一定の配慮を要する(下記のとおり) <input type="checkbox"/> 就業不可(下記のとおり) 特記事項(必要とする配慮の内容や就業不可の理由等)				
上記のとおり報告します。					
令和 年 月 日		所 在 地 機 関 名 医 師 氏 名			
Ⓜ					

※この健康診断書により健康診断を実施して下さるようお願いいたします。実施後は、密封のうえ本人にお渡しください。  
検査料はすべて本人(受診者)負担とします。

※問い合わせ先 地方独立行政法人岐阜県立多治見病院 人事給与担当 電話：0572-22-5311(内線2322)

(注) 以下は、検診を受ける前に本人が記載してください。

(ふりがな) 氏 名	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	生年月日	昭和・平成	年	月	日生 (満 歳)
現住所						
<p>I あなたの現在の健康状態はどうか。</p> <p><input type="checkbox"/> 非常によい  <input type="checkbox"/> 普通  <input type="checkbox"/> 病気にかかっている  (病名又は症状 発病した時期 年 月)</p>						
<p>II 身体に何か障害がありますか。</p> <p><input type="checkbox"/> ない  <input type="checkbox"/> ある  ・あればどういふことですか。( )  ・身体障害者福祉法による障害等級に該当していれば記入してください。( 級)</p>						
<p>III 既往症がありますか。</p> <p><input type="checkbox"/> ない  <input type="checkbox"/> ある  ・あれば、下の欄に病名その他を記入してください。</p>						
	I	II	III			
病名又は症状						
病気した時期	年 月 日 (満 歳ごろ)	年 月 日 (満 歳ごろ)	年 月 日 (満 歳ごろ)			
病気した期間	約 日	約 日	約 日			
<p>上記のとおり相違ありません。</p> <p>令和 年 月 日</p> <p>氏 名 ⑩</p>						