

(表)

身体検査書 (感染症検査書付)

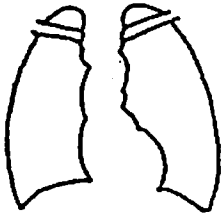
公立大学法人福島県立医科大学

本人記入欄								
フリガナ		性別	男・女	生年月日	S・H	年 月 日	年齢	歳
氏名								
住所	〒 -							

法人 記入欄	職員No.								
	所属名								

医療機関記入欄

健康診断実施年月日	平成	年	月	日
-----------	----	---	---	---

業務歴				既往歴			
自覚症状				血圧 (mmHg)		/	
他覚症状				貧血検査		血色素量 (g/dL) 赤血球 (万/mm ³) ヘマトクリット値 [※] (%)	
身長		(cm)		肝機能検査		AST(GOT) (IU/L) ALT(GPT) (IU/L) γ-GTP (IU/L)	
体重		(kg)		血中脂質検査		LDLコレステロール (mg/dL) HDLコレステロール (mg/dL) トリグリセリド (mg/dL)	
腹囲		(cm)		眼底 [※]		異常あり・異常なし	
視力	右	()		血糖検査		ヘモグロビンA1c (%)	
	左	()		尿検査		糖 () 蛋白 ()	
BMI				心電図検査			
聴力	右	1000Hz		その他の検査			
		4000Hz		医師の診断			
	左	1000Hz		医師の意見			
		4000Hz					
胸部X線撮影		直接・間接 所見 					

- 注1 ※ヘマトクリット値、眼底検査については、当該年度4月1日現在で40歳以上の者に限り検査してください。
- 2 医療従事職（医師、医療技師、放射線技師、薬剤師、看護師等）採用者については、裏面の「感染症検査書」についても検査を実施してください。
- 2 「医師の診断」の欄には、「異常なし」、「要精検」、「要医療」等の医師の診断を記入願います。
- 3 「医師の意見」の欄には、健康診断の結果、異常の所見があると診断された場合に、就業上の措置について医師の意見を記入願います。

注：本検査書は裏面もあります。裏面に検査した医師の署名もしくは記名押印をお願いします。

感染症検査書 (医療従事者のみ)

ツベルクリン反応	実施回	1回目		2回目					
	接種日	H	年	月	日	H	年	月	日
	測定日	H	年	月	日	H	年	月	日
	発赤	×		×					
	副反応	なし・硬結・二重発赤 水疱・壊死		なし・硬結・二重発赤 水疱・壊死					
	判定	- ・ + ・ ++ ・ +++		- ・ + ・ ++ ・ +++					
小児感染症 抗体検査	麻疹	- ・ ± ・ +	水痘	- ・ ± ・ +					
		検査方法 () 抗体価 ()		検査方法 () 抗体価 ()					
	風疹	- ・ ± ・ +	流行性 耳下腺炎	- ・ ± ・ +					
		検査方法 () 抗体価 ()		検査方法 () 抗体価 ()					
上記のとおり診断します。									
平成 年 月 日									
医療機関名									
医師名									
印									

- 注 1 ツベルクリン反応は、1回目が強陽性 (+++) 以外の場合、2週間あけて再検査を行ってください。
- 2 ツベルクリン反応の発赤欄は、発赤長径を記入してください。
- 3 ツベルクリン反応の副反応欄は、認められるものを○で囲んでください。
- 4 この感染症検査書は、医療従事職（医師、医療技師、放射線技師、薬剤師、看護師等）採用者についてのみ行ってください。
- 5 小児感染症抗体検査法は、EIA法、HI法、NT法、CF法など略語で記入して結構です。
- 6 次ページの「感染症検査を受けられる方へ」を必ず御覧ください。