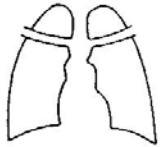


大阪医科大学附属病院 採用試験用 健康診断書

フリガナ 氏名	生年月日	西暦	年	月	日生
	年齢	歳	性別	男	・ 女
本人住所	電話番号		-	-	

<記載について> 数字の箇条書きがある場合は、**すべて該当する数字に○をつける**こと。その他、該当する所見に○をつけるか、医師が記載すること。

業務歴	1 特記事項なし・業務歴なし 2 あり(職種)	聴 力	右	1 異常なし	2 有所見			
			左	1 異常なし	2 有所見			
既往歴	1 特記事項なし 2 あり()	血 圧	/ mmHg					
		脈 拍	回/分					
服薬状況	1 特記事項なし 2 あり()	*検尿結果で異常所見があった場合は尿沈査検査を実施のこと	蛋 白	-	・ 土	・ 1+	・ 2+	・ 3+
喫煙歴	1 特記事項なし 2 あり()		潜 血	-	・ 土	・ 1+	・ 2+	・ 3+
			糖	-	・ 土	・ 1+	・ 2+	・ 3+
自覚症状	1 特記事項なし 2 あり ()		赤血球					
			白血球					
			円 柱					
他覚症状・診療所見	1 特記事項なし 2 あり ()	心電図	所 見	1 正常範囲内 2 有所見()				
			判 定	1 心配なし 2 経過観察 3 要医療				
身長	. cm	血液検査	WBC	/μl	AST	IU/L		
体重	. kg		RBC	×10 ⁴ /μl	ALT	IU/L		
腹 囲	. cm		HGB	g/dl	GGTP	IU/L		
視 力	裸眼視力		HCT	%	GLU	mg/dl		
	矯正視力		PLT	×10 ⁴ /μl	TG	mg/dl		
胸部 X 線 検査	所 見				HDL-C	mg/dl		
	判 定	1 異常なし 3 経過観察 2 心配なし 4 要医療			LDL-C	mg/dl		
健診実施日		20 年 月 日		総合所見又は概評 (夜勤業務を含む看護職として業務遂行上の問題の有無を含めてご記入ください。)				
健診実施施設名	住所	就 業	可 / 否					
電話番号	健診を実施した医師名	(夜勤業務を含む看護職として業務遂行上の問題の有無を含めてご記入ください。)						
	(印)							

注) 各検査データの**有効期限は1年以内**とします。上記内容を複数の医療機関で記載する場合は、あらかじめこの用紙をコピーしてご使用ください(左上をホチキスで留める)。**業務歴、他覚症状、判定を含め、記載漏れがないようご注意ください。**

個人情報人事企画研修課・看護部が共有し、原則として第三者に開示いたしません。ただし院内感染において緊急を要する場合、法令に基づく場合や、本人の生命/身体/財産を保護するために必要がある場合などで、本人の同意を得ることが困難であるときは例外的に第三者に開示することがあります。あらかじめご了承ください。