

職員採用健康診断書(看護師・診療放射線技師)

受験番号		※		判定	※ 検査不要・要再検・要精密					
氏名		生年月日		年 月 日		検診年月日		年 月 日		
		性別		男 ・ 女		年 齢		才		
業務歴				貧血検査	血色素量 (g/dℓ)					
					赤血球数 (万/mm ³)					
既往歴				肝機能検査	G O T (IU/l)					
					G P T (IU/l)					
					γ - G T P (IU/l)					
自覚症状				血中脂質検査	総コレステロール (mg/dℓ)					
					HDLコレステロール (mg/dℓ)					
					トリグリセライド (mg/dℓ)					
				白血球数 (個/mm ³)						
他覚症状				ヘマトクリット (%)						
				血液像	Stab (%)					
					Seg (%)					
身長 (cm)					Eosino (%)					
体重 (kg)					Baso (%)					
BMI					Mono (%)					
					Lymph (%)					
視力		右	()	血糖検査 (mg/l)						
		左	()							
色覚				尿検査	糖	-	±	+	++	+++
					蛋白	-	±	+	++	+++
聴力	右	1,000Hz	1. 所見なし 2. 所見あり	心電図検査						
		4,000Hz	1. 所見なし 2. 所見あり							
	左	1,000Hz	1. 所見なし 2. 所見あり							
		4,000Hz	1. 所見なし 2. 所見あり							
皮膚				発赤 (有・無)						
				乾燥又は縦じわ (有・無)						
				潰瘍 (有・無)						
				爪の異常 (有・無)						
眼				水晶体の混濁 (有・無)						
胸部X線検査		直接撮影	間接年月日	医師の診断						
				健康診断を実施した医療機関名称及び医師氏名						
フィルム番号		No.				㊟				

※欄には記入しないこと。