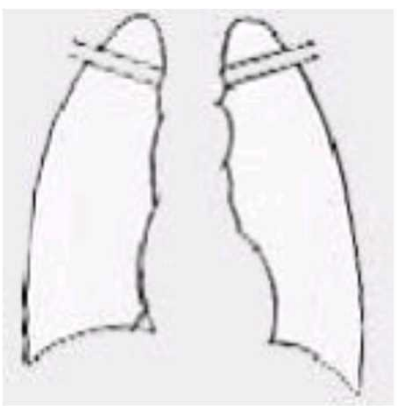


健康診断個人票

国立大学法人 長崎大学
〒852-8521 長崎市文教町1番14号

フリガナ 氏名			性別	男・女	生年月日	年 月 日	年齢	歳
業務歴			血 圧		mmHg	/		
既往歴	貧血検査		赤血球数	万/mm ³				
			血色素量	g/dl				
現在治療中の疾患	肝機能検査		AST	IU/L				
			ALT	IU/L				
			γ-GTP	IU/L				
自覚症状	血中脂質検査		LDL-C	mg/dl				
			HDL-C	mg/dl				
			中性脂肪	mg/dl				
身長(cm)	血糖検査 ※1		空腹時血糖	mg/dl	(食後 H)			
			随時血糖	mg/dl	(食後 H)			
体重(kg)	尿検査		蛋白					
BMI			糖					
腹囲(cm)	心電図検査		1. 所見なし 2. 所見あり					
視力	右	(矯正)						
	左	(矯正)						
聴力	右	1000Hz	1. 所見なし 2. 所見あり					
		4000Hz	1. 所見なし 2. 所見あり					
	左	1000Hz	1. 所見なし 2. 所見あり					
		4000Hz	1. 所見なし 2. 所見あり					
胸部X線	直接・間接							
	撮影	年 月 日						
	フィルムNo.							
	1. 所見なし 2. 所見あり()							
								
総合判定		A. 異常なし B. 要経過観察 C. 要精密検査 D. 要医療 E. 治療中() ※C,D判定の方は再検査結果も併せて提出して下さい ※E判定の方は()に治療内容についてご記入下さい						
就業にあたっての医師の意見		1. 就業可 2. 就業不可						
意見を述べた医師の氏名								
※3 健診年月日								
医療機関名								
氏 名							印	

※1 血糖検査については、空腹時血糖又は随時血糖とし、食事開始から3.5時間未満の採血は避けること。
 ※2「その他の検査」欄は、本学に附属する食堂または炊事場における給食の業務に従事するにあたり、検便による健康診断を行った場合に記
 ※3採用日前3ヶ月以内に受診したものを提出願います。
 ※4この健康診断を受診しても職員健康診断は省略することはできません。