

学校法人東海大学教職員雇入・採用時健康診断書

1. 本人記入欄(記入または○で囲む)

※医師の診断に性別が必要な場合は問い合わせる可能性があります。

| | | | | |
|------------|--|----------------|---------------------------------|------------|
| フリガナ 氏名 | | 男・女 答えたくない※ | 生年月日 | 年 月 日生()歳 |
| 現在の健康状態 | 良好・普通・病気治療中 *病気治療中の場合、病名・治療状況詳細を下へ記入 [] | 既往歴 | 無し・有り *有りの場合、病名等を下へ記入 [] | |
| | | 業務歴 | | |

2. 受診先記入欄

| | | | |
|----------------|-------------------------------|--------------|----------------------------|
| 身体計測 | 身長() cm | 体重() kg | 胸部レントゲン |
| 視力 | 裸眼 | 矯正 | 撮影年月日 年 月 日 |
| | 右: . () | () | X-P: 直接・間接 () |
| 聴力 | 右: 正・異(1000Hz, db, 4000Hz db) | | 判定: 異常なし・異常あり |
| | 左: 正・異(1000Hz, db, 4000Hz db) | | *異常ありの場合、具体的内容を下へ記入 [] |
| 尿検査 | 蛋白() | 尿糖() | 心電図所見 |
| 血圧 | / mmHg | | |
| 腹囲 | () cm | | |
| 血液検査 | 貧血検査 | RBC (万) mm3 | 内科診察 |
| | | Hb () g/dl | |
| | 肝機能検査 | GOT () U/I | |
| | | GPT () U/I | |
| γ-GTP () U/I | | | |
| 血中脂質検査 | LDL-C () mg/dl | 総合所見 | |
| | HDL-C () mg/dl | | |
| | TG () mg/dl | | |
| 血糖検査 | 血糖 () mg/dl | | |
| 上記のとおり診断いたします。 | | | 年 月 日 |
| 所在地 | | | 医師氏名 |
| 機関名 | | | 印 |

3. 健康推進担当意見記入欄

| | |
|----|-------|
| | 年 月 日 |
| 医師 | 印 |

4. 産業医所見記入欄

| | |
|-------------|-------|
| | 年 月 日 |
| 事業所(キャンパス)名 | |
| 産業医氏名 | 印 |

「1. 本人記入欄」記入例

学校法人東海大学教職員雇入・採用

※年齢は、記入日
現在で記入。

1. 本人記入欄(記入または○で囲む)

※医師の診断に性別が必

る可能性があります。

| | | | | |
|------------|---|----------------|--------------------------|----------------------|
| フリガナ 氏名 | ボウセイ ハナコ 望星 花子 | 男・女 答えたくない※ | 生年月日 | 〇〇〇〇年 〇月 〇日生 (21)歳 |
| 現在の健康状態 | 良好・普通・病気治療中 *病気治療中の場合、病名・治療状況詳細を下へ記入 | 既往歴 | 無し・有り *有りの場合、病名等を下へ記入 | |
| | | 業務歴 | なし | |

2. 受診先記入欄

診断は採用前3か月間を有効とします。他に医師の健康診断を受けていた場合、3か月を超えるものは使えません。

| | | | | | | | | | | | |
|----------------|-------------------------------|---------------|----|---------------------|-------|---|---|---|------|---|---|
| 身体計測 | 身長 | 裸眼 | 矯正 | 胸部レントゲン | 撮影年月日 | 年 | 月 | 日 | | | |
| 視力 | 右： . () | | | X-P: 直接・間接 () | | | | | | | |
| | 左： . () | | | 判定: 異常なし・異常あり | | | | | | | |
| 聴力 | 右: 正・異(1000Hz, db, 4000Hz db) | | | *異常ありの場合、具体的内容を下へ記入 | | | | | | | |
| | 左: 正・異(1000Hz, db, 4000Hz db) | | | | | | | | | | |
| 尿検査 | 蛋白 () | 尿糖 () | | 心電図所見 | | | | | | | |
| 血圧 | / | mmHg | | | | | | | | | |
| 腹囲 | () | cm | | | | | | | | | |
| 血液検査 | 貧血検査 | RBC () 万 mm3 | | 内科診察 | | | | | | | |
| | | Hb () g/dl | | | | | | | | | |
| | 肝機能検査 | GOT () U/I | | 総合所見 | | | | | | | |
| | | GPT () U/I | | | | | | | | | |
| γ-GTP () U/I | | | | | | | | | | | |
| 血中脂質検査 | LDL-C () mg/dl | | | | | | | | | | |
| | HDL-C () mg/dl | | | | | | | | | | |
| | TG () mg/dl | | | | | | | | | | |
| 血糖検査 | 血糖 () mg/dl | | | | | | | | | | |
| 上記のとおり診断いたします。 | | | | | | | | 年 | 月 | 日 | |
| 所在地 | | | | | | | | | | | |
| 機関名 | | | | | | | | | 医師氏名 | | 印 |

3. 健康推進担当意見記入欄

| | | | |
|--|----|---|---|
| | 年 | 月 | 日 |
| | 医師 | | 印 |

4. 産業医所見記入欄

| | | | |
|--|-------------|---|---|
| | 年 | 月 | 日 |
| | 事業所(キャンパス)名 | | |
| | 産業医氏名 | | 印 |