

健康診断個人票（雇い入れ）

電離健診有

※電離放射線健康診断の受診も必要です。

北里大学健康管理センター

フリガナ		健診年月日		所属	
氏名		西暦 20 年 月 日		大学病院 科	
		性別	男・女	年齢	歳

身体計測	身長	cm	
	体重	kg	
	BMI		
	腹囲	cm	
血圧		/ mmHg	
視力	右 裸眼（矯正）	()	
	左 裸眼（矯正）	()	
聴力	右	1000Hz	所見なし・所見あり
		4000Hz	所見なし・所見あり
	左	1000Hz	所見なし・所見あり
		4000Hz	所見なし・所見あり

尿一般	尿糖	－ ± 1+ 2+ 3+
	尿蛋白	－ ± 1+ 2+ 3+
	尿潜血	－ ± 1+ 2+ 3+
	ウレリノーゲン	± 1+ 2+ 3+ －
血算	白血球数	$\times 10^3/\mu\text{L}$
	赤血球数	$\times 10^6/\mu\text{L}$
	ヘモグロビン	g/dL
	ヘマトクリット	%
	血小板数	$\times 10^4/\mu\text{L}$
肝機能	AST	U/L
	ALT	U/L
	γ -GTP	U/L
脂質代謝	LDL-C	mg/dL
	中性脂肪	mg/dL
	HDL-C	mg/dL
糖代謝	空腹時血糖	mg/dL
	HbA1c	%
肝炎	HBs抗体 (CLIA法・CLEIA法)	mIU/mL
結核	実施日	年 月 日
	検査方法	1. T-spot 2. QFT
	結果	1. 陰性 2. 陽性 3. その他 ()

どちらか1つ

心電図	1. 正常範囲内 2. 所見あり（経過観察・要精査） 所見：.....
胸部Xp	1. 異常なし 2. 所見あり（経過観察・要精査） 所見：.....
内科診察	1. 異常なし 2. 所見あり（経過観察・要精査） 所見：.....
治療中の 既往歴	1.（薬物療法あり・なし） 2.（薬物療法あり・なし） 3.（薬物療法あり・なし）
	1.（治癒・定期観察中・その他） 2.（治癒・定期観察中・その他）
●自覚症状	
喫煙歴	1. 吸ったことがない 2. 現在吸っている(本/日) 3. 以前吸っていた (過去 年間 本/日)
判定及び就労の可否	
判定： A. 異常なし、B. 軽度異常、C. 要精査、D. 要治療、E. 治療中 就労： 1. 可、 2. 条件付き可、 3. 否 【就労について2, 3の場合、詳細ご記入ください。】	
上記の通り診断いたしました。 西暦 20 年 月 日	
医療機関名	
住所	
電話番号	
担当医師名 印	

※ 複数選択肢がある欄には○をつけてください。所見がある場合、必ず内容をご記入ください。
※ 検査・記入方法についての問合せ先 北里大学健康管理センター Tel 042(778)7601

北里大学
健康管理センター
受付印

電離放射線健康診断個人票（雇い入れ②）

北里大学健康管理センター

本人記入欄				医療機関記入欄				
受診日	西暦 20 年 月 日			血液検査	白血球数(×10 ³ /μL)			
フリガナ					白血球百分率(%)	好中球		
氏名						好酸球		
						リンパ球		
						単球		
性別	男・女	生年月日	西暦 年 月 日			好塩基球		
職種	看護職・放射線技師 臨床工学技師・研修医	受験番号			赤血球数(×10 ⁶ /μL)			
過去の放射線使用歴・健康診断受診歴 (わかる範囲で記載してください)					血色素量(g/dL)			
1	過去の電離健康診断の受診の有無	①無 ②有(年 月頃)			ハマトクリット値(%)			
2	放射線作業内容				水晶体の混濁			無・有()
3	放射線使用場所			診察所見	皮膚	発赤	無・有()	
4	過去の放射線(同位元素含む)の取り扱い	①無 ②有				乾燥・縦皺	無・有()	
						潰瘍	無・有()	
4、で「無」の方は、以下5～8は記入不要です			爪の異常			無・有()		
5	被ばく歴の有無 (4、で「有」の方のみ記入)	①無 ②有 (年 月～ 月頃 mSv) 有とは実効線量または等価線量が0.1mSv以上			被ばくによる全身状態不良			無・有()
6	放射線障害の有無	①無 ②有()			その他の異常			無・有()
7	前回の健康診断後の実効線量	①5mSv未満 ②5mSv以上			診察医師名			
8	被ばくによる自覚症状	①無 ②有()						
通院・治療中の病気	病名	罹患年齢	何れかに○	総合判定	1.就業に支障なし 2.就業に際し以下の注意を要する			
			治療中・経過観察					
			治療中・経過観察					
			治療中・経過観察					
医療機関名				西暦 20 年 月 日				
住所								
電話番号				担当医師名		印		

ご担当の先生へお願い

- ・医療機関記入欄の血液検査・診察所見・総合判定の記入をお願いします。
- ・所見有の場合は、必ず内容をご記入ください。

※ 検査・記入方法についての問合せ先 北里大学健康管理センター Tel 042(778)7601

北里大学
健康管理センター

受付印