健康診断個人票(雇い入れ)

※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

氏名 性別 男・女 年齢 歳 生年月日 西暦 年 月 日 身長 体重 kg Cm 小電 別 元 1. 正常範囲内 2. 所見あり (経過観察・要精査) 所見:	フリカ	`†		健診年月日			所属									
野田 男・女 年齢 成 年月 四階 年月 日日 日日 日日 日日 日日 日日 日日	F:	夕														
接重				性別男	• 女	年齢		歳	生年月日	西暦	年	月	В			
接重		身長		cm	7		1. 正常	常範囲区	h							
腹囲	身体計測									要精査)						
腹囲																
## 1				cm	1											
据	血圧		/	mmHg	1		1. 異常	常なし								
### 1000Hz 所見なし・所見あり 所見あり 所見あり 所見あり 所見あり 所見あり 所見あり 所見あり	視力	右 裸眼(矯〕	E)	()	部 ×		2. 所	見あり	(経過観察・	要精査)						
### 1000년と 所見なし・所見あり ### 2		左裸眼(矯正	E)	()		Χ	所見 :									
The strick	聴	1000Hz	所見なし・	所見あり												
### AST		4000Hz	所見なし・	所見あり		科	1. 異常	常なし								
本のOCHZ 所見なし・所見あり が見ない 所見に 所見を 所見に 下のに 下のに	カ	± 1000Hz	所見なし・	所見あり			2. 所	見あり	(経過観察・	要精査)						
展		4000Hz	所見なし・	所見あり		診察	所見 :									
展	<i>x</i>															
		尿糖	糖 一 ± 1+			治	1.			(薬物	療法 あり)・なし	/)			
 服治皿	尿一	尿蛋白	— ± 1+		気中	2.			(薬物)	療法 あり)・なし	<i>)</i>)				
白血球数	般	尿潜血	- ± 1+		0)				(薬物	療法 あり)・なし	<i>)</i>)				
### ### ### ######################						既 往										
A = グロビン g/dL P																
##	тh				●日見	●白見症状										
加小板数	算			_	n≠π			A	/							
AST					煙							∃)				
## ALT U/L アーGTP U/L 別定: 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。】			·			144-										
## CDL-C mg/dL hbA1c	廾															
脂 付 中性脂肪 mg/dL mg/dL mg/dL 財 HDL-C mg/dL mg/dL 糖 空腹時血糖 mg/dL mg/dL mg/dL hbA1c 肝 HBs抗体 (CLIA法・CLEIA法) mIU/mL 実施日 年 月 日 医療機関名 住所 全療機関名 住所 電話番号 紅里 1. 陰性 2. 陽性	筬能				-											
P性脂肪	n - .	·														
謝 HDL-C mg/dL 整度時血糖 mg/dL HbA1c % 肝炎 HBs抗体 (CLIA法・CLEIA法) mIU/mL 実施日 年月日 接査方法 1. T-spot 2. QFT 結核 株全方法 1. QE性 2. 陽性	盾 質															
糖代	代謝				-											
謝 HbA1c % 」 か 1 つ 肝 以 HBs抗体 (CLA法・CLEIA法) mIU/mL を療機関名 実施日 年 月 日 結 検査方法 1. T-spot 2. QFT 核理 1. 陰性 2. 陽性	糖		腹時血糖			上記の通り診断いたしました。										
肝 次 (CLA法・CLEIA法) mIU/mL 1 つ 実施日 年月日 検査方法 1. T-spot 2. QFT 結果 1. 陰性 2. 陽性 1 つ 1 つ 医療機関名 住所 電話番号	代謝				- b							月 日	В			
実施日 年月日 結核 検査方法 1. T-spot 2. QFT att 1. Qet 2. Qet	肝	HBs抗体			1											
結核 1. T-spot 2. QFT a 1. QE 2. QFT 電話番号	結															
核 _{結里} 1. 陰性 2. 陽性																
			1 吟州 2				- -									
		桁米 		`		担当图	医師名						EΠ			

※ 複数選択肢がある欄には〇をつけてください。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								
受記	診日 西暦 20 年 月 日					В		白血	球数(×10 ³ /μL	_)					
フリカ	゛ナ								Á	好中球					
氏	名								血球	好酸球					
性	別	男 • 女	Ż	生年月日	西暦 年 月 [月日	液	百分率	リンパ球					
職	種	看護職·放射網 臨床工学技師。	款技師 研修医	受験番号				//X	学 ⁽ %	単球					
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)							検	好塩基球							
1	過去の電離健康診断の受診の有無 ①無 ②有(年 月頃)							查	赤血	· 球数(×10 ⁶ /μL	_)				
2	2 放射線作業内容						血色		素量(g/dL)						
3	古行 自:	対線使用場所							ヘマトク	リット値(%)					
9	川又才.	的秘史用场的							水晶体の混濁 無			有()	
4 過去の放射線(同位元 大きむ)の取り扱い ①無 ②有									発赤	無•	有()		
	2	4、 で「無」 <i>の</i>	方は、	以下5~8は	記入不	要です	j		皮 ふ	乾燥・縦皺	無•	有()	
5		被ばく歴の有無 (4、で「有」の (年 月~ 月頃 mSv)					nSv)	診察		潰瘍	無•	有()	
5		有とは実効線量または等価線量が0.1mSv以上						察所見	爪の異常 無・有()						
6	放射	対射線障害の有無 ①無 ②有()							被ばくによる 無全身状態不良 無			有()	
7		回の健康診断後 実効線量 ①5mSv未満 ②5mSv以上							その他の異常無			有()	
8	被ば症状	くによる自覚	①無 ②有()						診察医師名						
通院		病名 罹患年齢				何れ	かに〇		1.就業に支障なし						
· 治療							• 経過観察	総合判定	2.就業に際し以下の注意を要する						
中の							治療中・経過観察								
病気			治療中・	• 経過観察											
医療	医療機関名									西暦 20	左	F	月	В	
住所															
電話番号 担当医師名							ED								

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