健康診断結果票・個人票（雇い入れ）

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	生年月日	西暦　年　月　日

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+
血算	白血球数		$\times 10^3/\mu L$
	赤血球数		$\times 10^6/\mu L$
	ヘモグロビン		g/dL
	ヘマトクリット		%
	血小板数		$\times 10^4/\mu L$
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：……
治療中の病気	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）
既往歴	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．現在吸っている(①②を満たす) 2．以前吸っていた(②のみ) 3．吸っていない(①②以外) **①最近1ヶ月吸っている** **②生涯で6カ月以上又は合計100本以上吸っている**

判定及び就労の可否　※（カッコ）内詳細ご記入ください

判定：A. 異常なし、B. 軽度異常、C. 要精査（　　）
D. 要治療（　　）、E. 治療中（所見ありの場合）

就労：1．可
2．条件付き可（　　）
3．否（　　）

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

＊ 太枠内の記入をお願いします。（所属は本人記入欄です）

＊ 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。

※ 大学病院内での業務に従事する職員はHBs抗体、結核(T-SPOT又はQFT)の検査を実施してください。

北里大学
健康管理センター
受付印

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

電離放射線健康診断結果票・個人票（雇い入れ）

北里大学健康管理センター

本人記入欄

受診日	西暦 20　　年　　月　　日		
ﾌﾘｶﾞﾅ			
氏名			
性別	男 ・ 女	生年月日	西暦　　年　月　日
職種		受験番号	

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）

1	過去の電離健康診断の受診の有無	①無　②有（　　年　　月頃）
2	放射線作業内容	
3	放射線使用場所	
4	過去の放射線(同位元素含む)の取り扱い	①無　②有
	4、で「無」の方は、以下５～8は記入不要です	
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
6	放射線障害の有無	①無　②有（　　）
7	前回の健康診断後の実効線量	①5mSv未満　②5mSv以上
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○
		治療中・経過観察
		治療中・経過観察
		治療中・経過観察

医療機関記入欄

血液検査

白血球数(×10^3/μL)		
白血球百分率（%）	好中球	
	好酸球	
	リンパ球	
	単球	
	好塩基球	
赤血球数(×10^6/μL)		
血色素量(g/dL)		
ﾍﾏﾄｸﾘｯﾄ値(%)		

診察所見

水晶体の混濁		無 ・ 有（　　）
皮ふ	発赤	無 ・ 有（　　）
	乾燥・縦皺	無 ・ 有（　　）
	潰瘍	無 ・ 有（　　）
爪の異常		無 ・ 有（　　）
被ばくによる全身状態不良		無 ・ 有（　　）
その他の異常		無 ・ 有（　　）
診察医師名		

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

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。

北里大学
健康管理センター

受付印

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