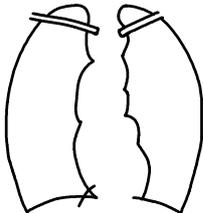


# 身 体 検 査 書

受診年月日 平成 年 月 日

試験の種類	試験区分	<div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; display: inline-block; margin-right: 5px;"></div> 内は、受験者において、あらかじめ記入してください。						
岐阜県立病院(地方独立行政法人)職員採用	後期臨床研修医							
氏名	生年月日・年齢	昭和・平成	年	月	日生満歳	性別	男・女	
身長	cm	体重	Kg	腹	囲	cm		
視力	右	(矯正・)		聴力	聴力の異常 無・有( )			
	左	(矯正・)						
既往症 (業務歴)			血圧	~ mmHg				
自覚症状 他覚症状			貧血検査	血色素量	g/dℓ			
				赤血球数	万/mm <sup>3</sup>			
色覚			肝機能 検査	G O T	IU/ℓ			
				G P T	IU/ℓ			
胸部X線検査 (直接・間接) 撮影年月日 フィルム番号(*) (No. )  (*) フィルム番号で管理 していない場合は、 患者番号等を記入し てください。	 <p>肺野、縦隔、心臓等の異常の有無</p> <p>有 ・ 無</p> <p>(所見)</p>		血中脂質 検査	総コレステロール	mg/dℓ			
				HDLコレステロール	mg/dℓ			
					血糖検査 (空腹時・食後時間)	mg/dℓ		
						尿検査	糖	-
			蛋白質	-	±	+	卅	
			潜血	-	±	+	卅	
			脈拍					
			心電図検査					
消化器系	(所見) 肝腫大の有無等							
循環器・呼吸器	(所見)							
神経系	(所見)							
皮膚	(所見)							
四肢・歩行障害	(所見)							
その他	(所見) 構音障害、リンパ節の腫脹の有無等							
医師の指示 及 就業上の注意事項	就業の可否 <input type="checkbox"/> 就業可能 <input type="checkbox"/> 就業可能であるが、一定の配慮を要する(下記のとおり) <input type="checkbox"/> 就業不可(下記のとおり) 特記事項(必要とする配慮の内容や就業不可の理由等)							
上記のとおり診断します。		平成 年 月 日		所在地		機関名		
				医師氏名		印		

※この身体検査書により本人の健康診断を実施して下さるようお願いいたします。実施後は、この身体検査書を密封のうえ本人に交付してください。検査料は、すべて本人(受診者)負担とします。

(注) 受験者本人が検診を受ける前に、下記の質問にお答えください。

□の中には該当するものに、印を付けてください。

(ふりがな) 氏名	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	生年月日	昭和・平成	年	月	日生 (満 歳)
現住所	県 市・群					
I あなたの現在の健康状態はどうか。 <input type="checkbox"/> 非常によい <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 病気にかかっている (病名又は症状 発病した時期 年 月)						
II 身体に何か障がいがありますか。 <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある ・あればどうのことですか。( ) ・身体障害者福祉法による障害等級に該当していれば記入してください。( 級)						
III 既往症がありますか。 <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある ・あれば下の欄に病名その他を記入してください。						
	I	II	III			
病名又は症状						
発病した時期	年 月 日 (満 歳) ごろ	年 月 日 (満 歳) ごろ	年 月 日 (満 歳) ごろ			
発病した期間	約 日	約 日	約 日			
IV ツベルクリン反応が陽転した(はじめて陽性とわかった)のはいつごろですか。 年 月 日ごろ(当時満 歳)						
V これまでに麻疹(はしか)にり患した(かかった)ことがありますか。 <input type="checkbox"/> 記録がある(母子手帳) <input type="checkbox"/> 記憶がある( 年 月 日ごろ(当時満 歳)) <input type="checkbox"/> ワクチン接種を受けた( 回) <input type="checkbox"/> り患した、ワクチン接種をしたことはない <input type="checkbox"/> わからない						
VI これまでに水痘(水ぼうそう)にり患した(かかった)ことがありますか。 <input type="checkbox"/> 記録がある(母子手帳) <input type="checkbox"/> 記憶がある( 年 月 日ごろ(当時満 歳)) <input type="checkbox"/> ワクチン接種を受けた( 回) <input type="checkbox"/> り患した、ワクチン接種をしたことはない <input type="checkbox"/> わからない						
上記のとおり相違ありません。 平成 年 月 日 <div style="text-align: center;">氏 名 <span style="float: right;">印</span></div>						

<別紙> ※記入前に必ずお読みください。

## 身体検査実施の注意事項

### 《医療機関の方へ》

本書持参者は、地方独立行政法人 岐阜県総合医療センター職員採用試験の受験者です。

つきましては、この身体検査書により本人の健康診断を実施して下さるようお願いいたします。

検査項目の中には、別紙「岐阜県総合医療センター 抗体価検査カード」のとおり、「麻疹及び水痘」がありますので、必ず検査してください。

実施後は、この身体検査書を密封のうえ本人に交付してください。

検査料は、すべて本人(受験者)負担とします。

### 《受験者への注意事項》

- 1 あらかじめ本人記入欄(太線の枠内部分)を各自で正確に記入してください。記入漏れがないように確認してください。
- 2 県立病院等は、それぞれに健康診断日が定められ、また健康診断書等の交付は1週間後というところが多いので、事前に問い合わせ、早めに手続きを進めてください。
- 3 当院では院内感染防止のため、別紙「岐阜県総合医療センター 抗体価検査カード」のとおり、新規採用職員に検査及びワクチン接種をお願いしています。検査項目の中には「麻疹及び水痘」がありますので、健康診断を受ける病院で検査可能か確認してください。また、検査の結果、基準を満たさない場合は、採用日の1カ月前までに、それぞれ1回以上のワクチン接種を必ず受けてください。

◎身体検査書にある、すべての項目について検査可能な医療機関で受診してください。なお、岐阜県内のおもな公的医療機関は、裏面のとおりです。

【照会先】 地方独立行政法人岐阜県総合医療センター  
事務局総務課 人事労務担当

TEL 058-246-1111(内線)5522

## 【参考】

岐阜県内のおもな公的医療機関

### ○県立病院(地方独立行政法人)

岐阜県総合医療センター TEL 058-246-1111[代]

岐阜県立多治見病院 TEL 0572-22-5311[代]

岐阜県立下呂温泉病院 TEL 0576-25-2820[代]

### 市町村立等病院

市民病院、国保病院等

### その他公的病院

日本赤十字社

岐阜赤十字病院、高山赤十字病院

岐阜県厚生農業協同組合連合会

岐北厚生病院、久美愛厚生病院、中濃厚生病院、東濃厚生病院、

西美濃厚生病院、揖斐厚生病院、高山厚生病院

公立学校共済組合

東海中央病院

国立大学病院

岐阜大学医学部附属病院

独立行政法人

国立病院機構長良医療センター

＜注＞健康診断書の全ての項目について検査可能であれば、上記以外の病院等でも受診可能です。

