

問 診 票 ・ 身 体 検 査 書 の 提 出 に 関 す る 注 意 事 項

1. 問診票は**ご自身で記入**してください。**医療機関に提出する必要はありません。**
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. 身体検査書について、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。
4. 健康診断実施後に身体検査書が封入されている場合は、開封し、**中身のみ**をご提出ください。**封筒は不要**です。
5. 「消化器系」～「その他」は診察医の所見で構いません。精密検査は不要です。
6. 「胸部エックス線検査」の“直接撮影・間接撮影”“撮影日”“フィルム番号”の記入漏れが多いです。ご自身で確認後、**記入漏れがある場合は検査した医療機関に記入いただくよう依頼してください**（フィルム番号で管理していない場合は患者番号等でも可）。
7. 健康診断を実施した医療機関名および医師名も忘れずに記入してもらってください。
8. 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。当院でも検査可能ですが、混雑状況によっては、待ち時間が長くなる可能性があります。
9. 問診票および身体検査書は、コピーをして手元に控えとして保管しておいてください。
10. 検査料は**すべて本人（受診者）負担**です。

問 診 票

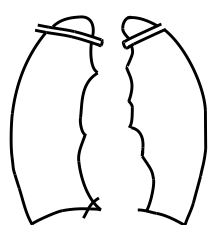
職員番号

※□の中には該当するものに、チェックを付けてください。

(フリガナ) 氏 名	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	生年月日 (西暦)	年 月 日生 (満 歳)
I. あなたの現在の健康状態はどうですか。 <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 月頃)			
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。			
	①	②	③
病名又は症状			
発病した時期	年 月 日(満 歳)頃	年 月 日(満 歳)頃	年 月 日(満 歳)頃
発病した期間	約 年 ヶ月	約 年 ヶ月	約 年 ヶ月
IV. これまでに麻疹(はしか)に罹患し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"/> 罹患したことがない <input type="checkbox"/> わからない		V. これまでに風疹に罹患し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"/> 罹患したことがない <input type="checkbox"/> わからない	
VI. これまでに水痘(水ぼうそう)に罹患し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"/> 罹患したことがない <input type="checkbox"/> わからない		VII. これまでに流行性耳下腺炎(おたふく風邪)に罹患し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"/> 罹患したことがない <input type="checkbox"/> わからない	
上記のとおり相違ありません。 (西暦) 年 月 日 氏 名			

身体検査書

受診年月日：令和 年 月 日

職種				<div style="border: 1px solid black; width: 50px; height: 20px; display: inline-block;"></div> 内は、受験者において、あらかじめ記入してください。						
職員番号										
氏名				生年月日・年齢	西暦 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 (1000Hz・4000Hz)	聴力の異常 無・有 ()					
	左	(矯正 ・)								
既往歴 (業務歴)				血 圧	～ mmHg					
自覚症状				貧血検査	血色素量	g/dℓ				
他覚症状					赤血球数	万/mm ³				
胸部エックス線検査 ↓ どちらかに“○” (直接撮影・間接撮影) 撮影日 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。	 肺野、縦隔、心臓等の異常の有無 有 ・ 無 (所見)			肝機能 検査	A S T	IU/ℓ				
					A L T	IU/ℓ				
					γ - G T P	IU/ℓ				
				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			
					トリグリセリド		mg/dℓ			
				血糖検査 (空腹時・食後 時間)		mg/dℓ				
				尿 検 査	糖	－	±	＋	⧻	⧻⧻
					蛋白	－	±	＋	⧻	⧻⧻
					潜血	－	±	＋	⧻	⧻⧻
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 及び 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。 (西暦) 年 月 日 <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 10px;"> 所在地 機関名 医師氏名 印 </div>										

※この身体検査書により本人（受診者）の健康診断を実施して下さるようお願いします。実施後は、この身体検査書のみを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。