

北里大学病院 採用試験用 健康診断書

◆ 本人記入欄(記入又は○で囲む)

フリガナ		性別		
氏名		男・女	生年月日	年 月 日生 ()歳
既往歴	有・無 有の場合、年齢、病名 歳 () 歳 () 歳 ()			

◆ 受診先医療機関記入欄

身長	体重	BMI
cm	kg	%
視力	右 () 眼鏡 左 () コンタクト	眼科疾患 無・有 有の場合以下へ記入
聴力	右: 正・異 (1000Hz= db, 4000Hz= db) 左: 正・異 (1000Hz= db, 4000Hz= db)	耳鼻科疾患 無・有 有の場合以下へ記入
血圧	/ mmHg	

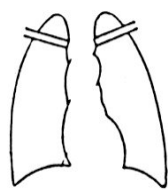
一般所見 ※ 所見:有の場合は、空欄にご記入ください

言語	所見:無・有 ()	その他、特記すべき所見
呼吸器系	所見:無・有 ()	
神経系	所見:無・有 ()	
消化器系	所見:無・有 ()	
循環器系	所見:無・有 ()	
四肢運動	所見:無・有 ()	

血液検査

WBC	× 10 ³	TG	mg/dl
RBC	× 10 ⁴	LDL-C	mg/dl
Hb	g/dl	HDL-C	mg/dl
Ht	%	FBs(食前・食後)	mg/dl
AST	U/l	T-spot判定	
ALT	U/l	QFT判定	
γ-GTP	U/l	※ T-spot又はQFTの検査歴がありましたら、実施日と結果をご記入ください	

胸部エックス線 直接撮影所見 ※1年以内のデータをお示しください

	撮影年月日: 年 月 日 所見
--	--------------------

尿検査

蛋白		潜血	
糖		女性の場合、 生理中・生理でない	
ウロビリノーゲン			

心電図所見 ※対象は、35歳以上の方。1年以内のデータをお示しください

所見	
検査実施日	年 月 日

総合所見又は概評 (夜勤業務を含む看護職として業務遂行上の問題の有無を含めてご記入ください)

上記検査の通り相違ないことを証明する。

医療機関名

年 月 日

所在地
連絡先

医師名

印