



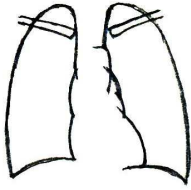
# 京都大学健康診断書 (就職・海外派遣時)



～ 本健康診断書は健康管理の基礎資料として用いますので、正確に記入して下さい。 ～

No. \_\_\_\_\_

注) ※欄は本人が、※※部局名、職名等欄は部局にて必ず記入のこと。

(ふりがな) 氏 名	※ ※	※ 男・女	生年月日	※ 年 月 日	※ 才	
部 局 名	※※ 医学部附属病院	現 住 所		※ 〒 _____		
職 名 等	※※ 医員					
◆ 主な検査所見 ( _____ 年 _____ 月 _____ 日 検査)						
身 長	_____ cm	体 重	_____ kg	血 圧	_____ / _____ mmHg	
B M I	_____	腹 囲	_____ cm	安 静 時 心 電 図	所 見 : _____	
視 力	右	_____ (矯正 _____)	尿 検 査	蛋 白	— ± + ++ +++ ~	
	左	_____ (矯正 _____)		糖	— ± + ++ +++ ~	
聴 力	右	1000Hz (正常・低下) / 4000Hz (正常・低下)	貧 血 検 査	血色素量	_____ g/dl	
	左	1000Hz (正常・低下) / 4000Hz (正常・低下)		赤血球数	_____ ×10 <sup>4</sup> /mm <sup>3</sup>	
	採用時は、1000Hz (30db) / 4000Hz (30db) にて検査			肝 機 能 検 査	G O T	_____ IU/L
	海外派遣時は、1000Hz (30db) / 4000Hz (40db) にて検査				G P T	_____ IU/L
胸部X線	直接・間接 _____ No. _____		血 中 脂 質 検 査	γ-GTP	_____ IU/L	
	 所 見 : _____			LDL コレステロール	_____ mg/dl	
◆ 現病歴 (一過性の疾患を除く)						
<input type="checkbox"/> 特になし <input type="checkbox"/> あ り 病 名 _____ 罹患年齢 _____ 才 治療内容・経過 _____ _____						
◆ 既往歴 (上記症状以外で、今後の健康状態に影響する可能性のある疾患のみ)						
<input type="checkbox"/> 特になし <input type="checkbox"/> あ り 病 名 _____ 罹患年齢 _____ 才						
◆ 業務歴 (今後の健康状態に影響する可能性のある業務のみ)						
<input type="checkbox"/> 特になし <input type="checkbox"/> あ り _____ 期 間 _____ 年						
◆ 就業上の留意点、本学の健康管理医への申し送り事項						
<input type="checkbox"/> 特になし <input type="checkbox"/> あ り _____ _____						
上記のとおり診断いたします。 医療機関所在地 _____						
平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日 医療機関名 _____						
医師氏名 _____ (印)						
京都大学 保健管理 センター 使用欄	● 判 定 <input type="checkbox"/> A ( ) <input type="checkbox"/> B ( ) <input type="checkbox"/> C ( ) <input type="checkbox"/> D ( )					
	上記のとおり判定いたします。 京都大学環境安全保健機構健康管理部門長 平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日 川 村 孝 (印)					



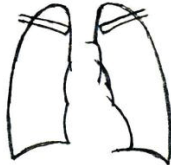
# 京都大学健康診断書 (就職・海外派遣時)



～ 本健康診断書は健康管理の基礎資料として用いますので、正確に記入して下さい。 ～

No. \_\_\_\_\_

注) ※欄は本人が、\*\*部局名、職名等欄は部局にて必ず記入のこと。

(ふりがな) 氏名	※ ----- ※	※ 男・女	生年月日	※ 年 月 日	※ 才	
部局名	**		現住所	※ 〒 _____		
職名等	**					
◆ 主な検査所見 ( _____ 年 _____ 月 _____ 日 検査)						
身長	_____ cm	体重	_____ kg	血圧	_____ / _____ mmHg	
BMI	_____	腹囲	_____ cm	安静時心電図	所見 : _____	
視力	右	_____ (矯正 _____)	尿検査	蛋白	_____ ± _____ + _____ ++ _____ +++ ~	
	左	_____ (矯正 _____)		糖	_____ ± _____ + _____ ++ _____ +++ ~	
聴力	右	1000Hz (正常・低下) / 4000Hz (正常・低下)	貧血検査	血色素量	_____ g/dl	
	左	1000Hz (正常・低下) / 4000Hz (正常・低下)		赤血球数	_____ × 10 <sup>4</sup> /mm <sup>3</sup>	
	採用時は、1000Hz (30db) / 4000Hz (30db) にて検査			肝機能検査	GOT	_____ IU/L
	海外派遣時は、1000Hz (30db) / 4000Hz (40db) にて検査				GPT	_____ IU/L
胸部X線	直接・間接		血中脂質検査	γ-GTP	_____ IU/L	
	No. _____			LDL	_____ mg/dl	
	所見 : _____			コレステロール	_____ mg/dl	
				HDL	_____ mg/dl	
				トリグリセライド	_____ mg/dl	
		空腹時血糖	_____ mg/dl			
◆ 現病歴 (一過性の疾患を除く)						
<div style="background-color: #ADD8E6; padding: 20px; border: 2px solid black;"> <h2 style="margin: 0;">見本</h2> <p style="font-size: 1.5em; margin: 10px 0;">●必ず全項目を埋めて下さい●</p> <p style="margin: 5px 0;">(海外の病院で受診する場合等英文のものが必要な場合はご連絡下さい)</p> </div>						
◆ 就業上の留意点、本学の健康管理医への申し送り事項						
<input type="checkbox"/> 特になし <input type="checkbox"/> あり   -----						
上記のとおり診断いたします。   医療機関所在地   -----						
平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日   医療機関名   -----						
医師氏名   ----- (印)						
京都大学 健康管理 センター 使用欄	<input checked="" type="checkbox"/> 判定 <input type="checkbox"/> A ( ) <input type="checkbox"/> B ( ) <input type="checkbox"/> C ( ) <input type="checkbox"/> D ( )					
	上記のとおり判定いたします。   京都大学環境安全保健機構健康管理部門長 平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日   川村 孝 (印)					

採用日前、3カ月以内の所見・診断日は有効