

採用時健康診断のご案内について

採用内定後は就業前に健康診断の実施が必要です。

つきましては、以下の方法で健康診断書の提出をお願いいたします。

※ 採用日より3ヶ月以内の健康診断書提出可

1) 当院で健康診断を受けられる場合

事前に電話連絡のうえ、当院が指定する健康診断日に来院して下さい。

2) 当院以外の医療機関で健康診断を受けられる場合

下記の〔検査項目〕を満たす健康診断を受診して下さい。別添の健康診断個人票を医療機関に持参され、必要項目を埋めて頂いても結構です。

〔検査項目〕

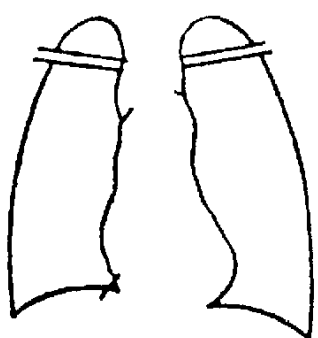
- 1) 既往歴及び業務歴
- 2) 自覚症状及び他覚症状の有無
- 3) 身長、体重、腹囲
- 2) 視力、聴力
- 3) 胸部エックス線
- 4) 血圧の測定
- 5) 血液検査
 - ・貧血検査（血色素量、赤血球数）
 - ・肝機能検査（GOT、GPT、 γ -GTP）
 - ・血中脂質検査（LDL コレステロール、HDL コレステロール、トリグリセライド[※]）
 - ・血糖検査
 - ・Hb s 抗原、Hb s 抗体
- 6) 尿検査（尿中の糖及び蛋白の有無の検査）
- 7) 心電図検査
- 8) 麻疹（はしか）抗体値測定

※保健所、国公立（大学）、総合病院など総合検査ができる病院で行って下さい。

以 上

健康診断個人票（採用時）

手稲溪仁会病院様式

氏名		生年月日	年 月 日	健診年月日	年 月 日
		性別		年齢	歳
業 務 歴			血 圧 (mmHg)	～	
既 往 歴			貧 血 査	血 色 素 量 (g/dℓ)	
自 覚 症 状				赤 血 球 数 (万/mm ³)	
他 覚 症 状				※ 白 血 球 数 (個/mm ³)	
				※ヘマトクリット値 (%)	
身 長 (cm)			肝 機 能 査	G O T (IU/l)	
体 重 (kg)				G P T (IU/l)	
腹 囲 (cm)				γ - G T P (IU/l)	
			血 中 脂 質 査	LDLコレステロール (mg/dℓ)	
B M I				HDLコレステロール (mg/dℓ)	
				トリグリセライド (mg/dℓ)	
			血 糖		
			そ の 他	Hb s抗原	
				Hb s抗体	
視 力	右	(.)	尿 検 査	糖	
	左	(.)		蛋 白	
			心 電 図 検 査		
聴 力	右1000Hz 4000Hz	1 所見なし 1 所見なし			
	左1000Hz 4000Hz	1 所見なし 1 所見なし			
胸 部 エ ッ ク ス 線 査	撮影 年 月 日		医 師 の 診 断		
			健康診断を実施した医師の氏名 [Ⓔ]		
			実施医療機関 住 所 名 称		
フ ィ ル ム 番 号	No.				
備 考					