

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、BMI

4) 視力、聴力

5) 胸部エックス線

6) 血圧の測定

7) 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

8) 尿検査（尿中の糖及び蛋白の有無の検査）

9) 心電図検査

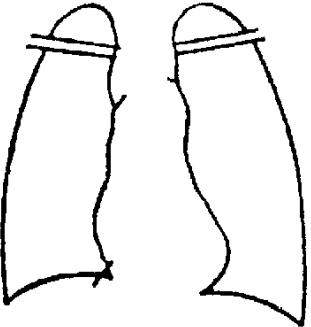
10) 麻疹（はしか）、風疹ウイルス、ムンプス（おたふくかぜ）、水痘帯状（水ぼうそう）
抗体値測定

※下線の項目は法律上の健康診断項目には含まれませんが、労働安全衛生上、当院では測定を推進しております。ご協力をお願い致します。

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	職・職 年 月 日	健 診 年 月 日	職 年 月 日
			性 別		年 齢	歳
業 務 歴			血 圧 (mmHg)		～	
既 往 歴			貧 血 検 査	血 色 素 量 (g/dℓ)		
				赤 血 球 数 (万/mm ³)		
				※ 白 血 球 数 (個/mm ³)		
				※ ヘマトクリット値 (%)		
自 覚 症 状			肝 機 能 検 査	G O T (IU/l)		
他 覚 症 状				G P T (IU/l)		
				γ - G T P (IU/l)		
身 長 (cm)						
体 重 (kg)			血 中 脂 質 検 査	LDL コレステロール (mg/dℓ)		
腹 囲 (cm)				HDLコレステロール (mg/dℓ)		
				トリグリセライド (mg/dℓ)		
B M I			血 糖 (mg/dℓ)			
			そ の 他	H b s 抗原 (倍)		
				H b s 抗体 (倍)		
視 力	右	★ 裸眼 矯正 ()	尿 検 査	糖		
	左	★ 裸眼 矯正 ()		蛋 白		
			風疹ウイルス (HI)			
			ムンプス IgGEIA			
			水痘帯状 IgGEIA			
			麻疹 IgGEIA			
聴 力	右1000Hz 4000Hz		心 電 図 検 査			
	左1000Hz 4000Hz					
胸 部 エ ッ ク ス 線 検 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.			