第２号様式（第５条第４項）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（常勤診療医用）

新規採用身体検査票

㊙

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 所属名 | □附属病院　□附属市民総合医療センター科・センター | 氏　　名 |  |
| 生年月日 | 昭和・平成 　　年　 　月　 　日生 | 年　　齢 | 　　　　　歳 | 性別 | 男・女 |
| 住　　所 | 〒 |
| 身　　長 | 　　　　　　　　　　　　㎝ | かかった事のある病気を○印で囲み、年齢を記入してください。* 肺結核　　　歳　　・ 高血圧　　　歳
* 喘息　　　　歳　　・ 心臓病　　　歳
* 腎炎　　　　歳　　・ 糖尿病　　　歳
* ﾘｭｰﾏﾁ熱　　 歳

その他・（　　　　　　　　　　　　　　　）　　歳 |
| 体　　重 | 　　　　　　　　　　　　㎏ |
| 腹　　囲 | 　　　　　　　　　　　　㎝ |
| 視　　力検　　査 | 右 | 　　・　　（　　・　　） |
| 左 | 　　・　　（　　・　　） |
| 聴力検査 | 右 | 1000Hz | ３０dB | 所見なし　所見あり |
| 4000 Hz | ４０dB | 所見なし　所見あり |
| 左 | 1000Hz | ３０dB | 所見なし　所見あり | 女性のみ記入してください。（　）の中で、該当するものに○印をつけてください。・生理中ですか。　　　（はい・いいえ）・妊娠中ですか　　　（はい・いいえ・どちらともいえない） |
| 4000 Hz | ４０dB | 所見なし　所見あり |
| 血　　圧 | 　　　　　　　　／ |
| 尿検査 | 糖 | －±＋ ⧺ ⧻ | 蛋白 | －±＋ ⧺ ⧻ |
| 貧　　血検　　査 | 血色素量 | g／dl |
| 赤血球数 | 104／μl |
| 肝 機 能検 査 | AST(GOT) | U／l | 心 電 図検 　査 |  |
| ALT(GPT) | U／l |
| γ－GTP | U／l |
| 脂 質検 査(ｺﾚｽﾃﾛｰﾙ) | LDL | mg／dl | 胸　　部Ｘ　　線検　　査 | No. 所見 |
| HDL | mg／dl |
| 中性脂肪 | mg／dl |
| 血糖検査 | 　　　　　　　　　　　　　　mg／dl |
| 自覚症状 |  |
| 他覚所見 |  | 所　　見 |  |
| 受診年月日医療機関名医　師　名 | 　平成　　年　　月　　日　 |

公立大学法人　横浜市立大学