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