

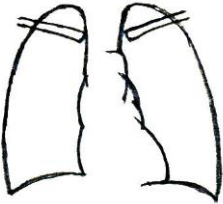


京 都 大 学 健 康 診 断 書 (職 員 用)



～ 本健康診断書はおもに京都大学在職中の健康管理データをまとめたものです。～

No. _____

(ふりがな)				男・女	生年月日	年 月 日	才
現住所	〒 _____						
◆ 主な検査所見 (年 月 日 検査)				血 圧		/ mmHg	
身長	cm	体 重	kg	安静時心電図		所見 :	
B M I		腹 囲	cm	尿 検 査	蛋 白 糖	- ± + ++ +++ ~	
視 力	右	. (矯正 .)		貧 血 検 査	赤 血 球 数	× 10 ⁴ /mm ³	
	左	. (矯正 .)					
聴 力	右	1000Hz	異常なし / 異常あり	肝 機 能 検 査	AST (G O T)	U/L	
	左	1000Hz	異常なし / 異常あり		ALT (G P T)	U/L	
胸部X線	直接・間接 No. _____			血 中 脂 質 検 査	H D L	mg/dL	
	 所見				コレストロール	mg/dL	
					L D L	mg/dL	
					中性脂肪(TG)	mg/dL	
					空腹時血糖	mg/dL	
◆ 備考							
◆ 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、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。				〒606-8501 京都市左京区吉田本町 京都大学保健診療所			
記載日				医師氏名			
_____年 _____月 _____日				_____			