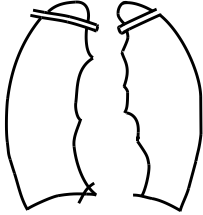


身 体 検 査 書

受診年月日 平成 年 月 日

試験の種類	試験区分	□	内は、受験者において、あらかじめ記入してください。
岐阜県立病院(地方独立行政法人)職員採用			医療職用

氏名	生年月日・年齢	昭和・平成 年 月 日生満 歳	性別	男・女
----	---------	-----------------	----	-----

身長	cm	体重	kg	
視力	右	(矯正・)	聴力	
	左	(矯正・)		
既往症 (業務歴)		血圧	~ mmHg	
自覚症状 他覚症状		貧血検査	血色素量 g/dl	
			赤血球数 万/mm ³	
色覚		肝機能検査	G O T IU/l	
			G P T IU/l	
胸部X線検査 (直接・間接) 撮影年月日 フィルム番号(*) (No.) (*) フィルム番号で管理していない場合は、 患者番号等を記入してください。	 肺野、縦隔、心臓等の異常の有無 有 ・ 無 (所見)	血中脂質検査	総コレステロール mg/dl	
			HDLコレステロール mg/dl	
			トリク [®] リセライト [®] mg/dl	
		血糖検査 (空腹時・食後時間)	mg/dl	
		尿検査	糖	- ± + # 卍
			蛋白	- ± + # 卍
			潜血	- ± + # 卍
		脈拍		
		心電図検査		

消化器系	(所見) 肝腫大の有無等
------	--------------

循環器・呼吸器	(所見)
---------	------

神経系	(所見)
-----	------

皮膚	(所見)
----	------

四肢・歩行障害	(所見)
---------	------

その他	(所見) 構音障害、リンパ節の腫脹の有無等
-----	-----------------------

医師の指示 及び 就業上の注意事項	就業の可否 <input type="checkbox"/> 就業可能 <input type="checkbox"/> 就業可能であるが、一定の配慮を要する(下記のとおり) <input type="checkbox"/> 就業不可(下記のとおり) 特記事項(必要とする配慮の内容や就業不可の理由等)
-------------------------	--

上記のとおり診断します。	所在地
平成 年 月 日	機関名
	医師氏名
	印

※この身体検査書により本人の健康診断を実施して下さるようお願いいたします。実施後は、この身体検査書を密封のうえ本人に交付してください。検査料は、すべて本人(受診者)負担とします。

(注) 受験者本人が検診を受ける前に、下記の質問にお答えください。

□の中には該当するものに「」印を付けてください。

(ふりがな) 氏名	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	生年月日	昭和・平成	年	月	日生 (満 歳)
現住所	郡 県 市					
I あなたの現在の健康状態はどうか。 <input type="checkbox"/> 非常によい <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 病気にかかっている (病名又は症状 発病した時期 年 月)						
II 身体に何か障がいがありますか。 <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある ・あればどうのことですか。() ・身体障害者福祉法による障害等級に該当していれば記入してください。(級)						
III 既往症がありますか。 <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある ・あれば下の欄に病名その他を記入してください。						
	I	II	III			
病名又は症状						
発病した時期	年 月 日 (満 歳) ごろ	年 月 日 (満 歳) ごろ	年 月 日 (満 歳) ごろ			
発病した期間	約 日	約 日	約 日			
IV ツベルクリン反応が陽転した(はじめて陽性とわかった)のはいつごろですか。 年 月 日ごろ(当時満 歳)						
上記のとおり相違ありません。 平成 年 月 日 氏 名 印						

<別紙> ※記入前に必ずお読みください。

身体検査実施の注意事項

《医療機関の方へ》

本書持参者は、岐阜県立病院(地方独立行政法人)職員採用試験の受験者です。
つきましては、この身体検査書により本人の健康診断を実施して下さるようお願いいたします。
実施後は、この身体検査書を密封のうえ本人に交付してください。
検査料は、すべて本人(受験者)負担とします。

《受験者への注意事項》

- 1 あらかじめ本人記入欄(太線の枠内部分)を各自で正確に記入してください。記入漏れがないように確認してください。
- 2 県立病院等は、それぞれに健康診断日が定められ、また健康診断書等の交付は1週間後というところが多いので、事前に問い合わせ、早めに手続きを進めてください。
- 3 身体検査書は密封のまま、試験日当日に提出してください。

◎身体検査書にある、すべての項目について検査可能な医療機関で受診してください。なお、岐阜県内のおもな公的医療機関は、裏面のとおりです。

【照会先】 □地方独立行政法人岐阜県立下呂温泉病院
事務局総務課 管理調整担当
TEL 0576-25-2820(内線)1218

【参考】

岐阜県内のおもな公的医療機関

○県立病院(地方独立行政法人)

岐阜県総合医療センター TEL 058-246-1111[代]

岐阜県立多治見病院 TEL 0572-22-5311[代]

岐阜県立下呂温泉病院 TEL 0576-25-2820[代]

市町村立等病院

市民病院、国保病院等

その他公的病院

日本赤十字社

岐阜赤十字病院、高山赤十字病院

岐阜県厚生農業協同組合連合会

岐北厚生病院、久美愛厚生病院、中濃厚生病院、東濃厚生病院、

西美濃厚生病院、揖斐厚生病院、高山厚生病院

公立学校共済組合

東海中央病院

国立大学病院

岐阜大学医学部附属病院

独立行政法人

国立病院機構長良医療センター

