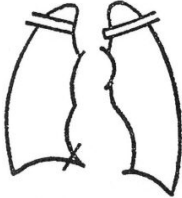


健康診断書

受験番号
(記入不要)

* 太枠内は受験者本人が記入してください

受験区分	現住所					
	ふりがな 氏名					
	生年月日	昭和 平成	年	月	日	(満歳)
スポーツ歴	中学	高校	大学			
既往症	結核性疾患	なし ・ あり (疾患名)				
	その他疾患	なし ・ あり (疾患名)				
現在治療中の疾患名 治療状況等		なし ・ あり	[疾患名・ 治療状況等]			
嗜好	たばこ	吸わない ・ 吸う (1日 本)				
	アルコール	飲まない ・ 飲む (毎日 ・ 週5日程度 ・ 週3日程度) 飲酒量 (日本酒1日 合 ・ ビール1日 本 ・ その他 () 量)				
身長	cm	体重	kg	BMI		
視力 ()は矯正視力	左 () 右 ()	血圧	mmHg ~ mmHg			
聴力	異常なし ・ 所見あり []					
言語	異常なし ・ 所見あり []					
胸部エックス線検査	年 月 日 撮影		<ul style="list-style-type: none"> ・ 異常なし ・ 所見あり []  <p>*所見がある場合フィルム 又はデジタル画像添付</p>			
心電図検査	異常なし ・ 所見あり []					
*所見ありの場合、心電図を添付する						

生化学検査	G O T	Iu/L	血液検査	赤血球数	万/mm ³		
	G P T	Iu/L		白血球数	/mm ³		
	γ-G T P	Iu/L		血色素	g/dl		
	血 糖	mg/dl		血沈 (1時間値) 又はC R P	血沈 mm	CRP mg/dl	
	LDLコレステロール	mg/dl	検尿	蛋 白		糖	
	中性脂肪	mg/dl		ウロビリノーゲン	異常なし 異常あり		
	クレアチニン	mg/dl		沈 査 所 見	異常なし 異常あり		
	H b A1c	(%)					
理学的所見	循 環 器	特記事項なし ・ あり	[]				
	消 化 器	特記事項なし ・ あり	[]				
	脳・神経 精 神	特記事項なし ・ あり	[]				
	運 動 器 奇 形	特記事項なし ・ あり	[]				
	そ の 他	特記事項なし ・ あり	[]				
診断医師の総合意見	就業に関し、配慮を必要とする事項の有無についてご記入ください。 【 無 ・ 有（具体的事項： ）】						
	A S D 区分のいずれかに○をつけてください。	内 容					
		A	(健 康) 良好な健康状態であるもの				
		B	(要観察) 定期的に観察指導を要するもの				
		C	(要再検・要精密) 再検査、精密検査を要するもの ※検査する項目に○をつけてください。 1 循環器検査 2 腎機能検査 3 糖代謝機能検査 4 呼吸器検査 5 肝機能検査 6 血液一般検査 その他				
D	(治療中) 治療や服薬等何らかの医療行為を実施しているもの ※疾患名、治療内容を記入してください。						
上記のとおり診断する。 年 月 日 医療機関名 住所 医師名 印							

(注) 数値以外の項目欄はどちらかに○をつけ、所見ありの場合は [] に内容を記入してください。
全項目の検査を行ってください。

精 密 (再 検) 検 査 票

受験種別	小・中・高・特別支援・養教・その他 ()		
教科等		受験番号	
氏名			
生年月日	昭和 平成	年 月 日 (歳)	

1 循環器検査

血圧	/ mm/Hg		
血清化学	LDLコレステロール	mg/dl	GOT 単位
	中性脂肪	mg/dl	GPT 単位
	HDLコレステロール	mg/dl	コリンエステラーゼ ΔPH
	血糖	mg/dl	グリコヘモグロビン (%)
心電図	①異常なし ②左室肥大 ③ブロック 右 <input type="checkbox"/> 完全 <input type="checkbox"/> 不完全 左 <input type="checkbox"/> 完全 <input type="checkbox"/> 不完全 ④虚血性変化 ST上昇 ST低下 T平低 T陰性 深いQ その他 ⑤その他		
負荷心電図			
ホルター心電図			
心エコー			
所見			

2 腎機能検査

尿沈査	赤血球	/視野	尿素窒素	mg/dl
	白血球	/視野	クレアチニン	mg/dl
	扁平上皮	/視野	尿酸	mg/dl
	円形顆粒	/視野	総蛋白	g/dl
柱状硝子	/視野	血清蛋白分画	A/G比	
尿蛋白定性		A1b	%	
尿蛋白定量	mg/dl	G1b a1	%	
LDLコレステロール	mg/dl	a2	%	
血圧値	/ mmHg	β	%	
		γ	%	
1 g G	mg/dl	1 g A	mg/dl	
1 g M	mg/dl	C H 50	CH50/ml	

3 糖代謝機能検査

尿沈査	赤血球	/視野	尿素窒素	mg/dl
	白血球	/視野	クレアチニン	mg/dl
	扁平上皮	/視野	尿酸	mg/dl
	円形顆粒	/視野	総蛋白	g/dl
柱状硝子	/視野	LDLコレステロール	mg/dl	
尿蛋白定性		中性脂肪	mg/dl	
尿蛋白定量	mg/dl	HDLコレステロール	mg/dl	
空腹時血糖		血圧値	mm/Hg	
HbA1c (グリコヘモグロビン)			%	
75g 糖負荷試験	負荷前	負荷後30分	負荷後60分	負荷後120分
	血糖			
	尿糖			
	I・R・I			

4 呼吸器検査

胸部X線	※X線フィルムを添付してください。		
所見			
胸部CT	※CT写真を添付してください。		
所見			

5 肝機能検査

総蛋白	g/dl	A L P	単位
血清蛋白 A/G比		L D H	単位
A1b	%	LDLコレステロール	mg/dl
G1b a1	%	中性脂肪	mg/dl
a2	%	HDLコレステロール	mg/dl
β	%	総ビリルビン	mg/dl
γ	%	コリンエステラーゼ	ΔPH
G O T	単位	H B S	抗原
G P T	単位		抗体
γ-GTP	単位	H B e	抗原
H C V	抗体		抗体
腹部エコー検査	所見 []		
ウロビリノーゲン	異常なし 異常あり []		

6 血液検査

赤血球数	10/ml	血液像	好中球
白血球数	/ml		リンパ球
血色素量	g/dl		単球
ヘマトクリット	%		好酸球
平均赤血球容積	μ		好塩基球
血清鉄	γ/dl	総蛋白	g/dl
網赤血球数	%	A/G比	
血沈	1時間 mm	2時間 mm	mm

7 肥満検査

検尿	糖	潜血	
蛋白			
血清化学	LDLコレステロール mg/dl	G O T	単位
	中性脂肪 mg/dl	G P T	単位
	HDLコレステロール mg/dl	コリンエステラーゼ	ΔPH
	ヘモグロビンA1c	尿酸	mg/dl
空腹時血糖		血圧値	mm/Hg

8 その他必要な検査 (CT、MRI等)

	年 月 日		
医療機関名			
住所			
医師名			印

※ 検査項目は静岡県教育委員会が委嘱した医師の指示によるものです。
○印の項目について、すべて検査してください。