

新規採用身体検査票

奨学金申込用

秘

※太枠内を本人が記入してください(裏面もあります)

受診年月日		令和 年 月 日																					
ふりがな																							
氏名																							
生年月日	昭和 平成	年	月	日生																			
住所																							
身長			cm																				
体重			kg																				
視力	右	裸眼	.	(矯正	.																		
	左	裸眼	.	(矯正	.																		
聴力検査 (会話域)	正常		所見有 ()																				
血圧	/ /																						
尿検査	尿糖	- ()	尿蛋白	- ()																			
胸部X線	film No. _____																						
																							
その他の検査	所見																						
<p>あなたが「現在かかっている」もしくは「過去にかかったことのある」病気・けが等について、おたずねします。正しい診断をするために、できるだけ具体的に、また正確に記述するようお願いいたします。</p> <p>(1)現在、病気やけがにかかっている場合 (2)過去に、病気やけがに1か月以上かかったことがある場合 (3)妊娠中の場合</p> <p>上記(1)～(3)のいずれかに該当する場合は、下の枠内の病気・けが等の種類のうち、該当する番号を○で囲み、裏面の「状況記載欄」に必要事項を記入してください。</p> <table border="1"> <tr> <td>1 呼吸器の病気</td> <td>10 ぜん息やアレルギーの病気</td> </tr> <tr> <td>2 結核</td> <td>11 脳や神経の病気</td> </tr> <tr> <td>3 高血圧もしくは低血圧</td> <td>12 こころの病気</td> </tr> <tr> <td>4 心臓と血管の病気</td> <td>13 骨・関節・筋肉の病気</td> </tr> <tr> <td>5 肝臓・胆のう・すい臓の病気</td> <td>14 目の病気</td> </tr> <tr> <td>6 消化器の病気</td> <td>15 耳・鼻・のどの病気</td> </tr> <tr> <td>7 糖尿病</td> <td>16 皮膚の病気</td> </tr> <tr> <td>8 腎臓の病気</td> <td>17 治療などに通算で1か月以上を要した、けがやその他の病気</td> </tr> <tr> <td>9 血液の病気</td> <td>18 妊娠中</td> </tr> </table> <p>※ 該当する場合は裏面の「状況記載欄」に状況を必ず記入してください。</p> <p>※女性のみ記入してください ()の中の該当する項目に○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)</p>						1 呼吸器の病気	10 ぜん息やアレルギーの病気	2 結核	11 脳や神経の病気	3 高血圧もしくは低血圧	12 こころの病気	4 心臓と血管の病気	13 骨・関節・筋肉の病気	5 肝臓・胆のう・すい臓の病気	14 目の病気	6 消化器の病気	15 耳・鼻・のどの病気	7 糖尿病	16 皮膚の病気	8 腎臓の病気	17 治療などに通算で1か月以上を要した、けがやその他の病気	9 血液の病気	18 妊娠中
1 呼吸器の病気	10 ぜん息やアレルギーの病気																						
2 結核	11 脳や神経の病気																						
3 高血圧もしくは低血圧	12 こころの病気																						
4 心臓と血管の病気	13 骨・関節・筋肉の病気																						
5 肝臓・胆のう・すい臓の病気	14 目の病気																						
6 消化器の病気	15 耳・鼻・のどの病気																						
7 糖尿病	16 皮膚の病気																						
8 腎臓の病気	17 治療などに通算で1か月以上を要した、けがやその他の病気																						
9 血液の病気	18 妊娠中																						
身体検査実施日		令和 年 月 日																					
実施担当医療機関及び実施担当医師名記入欄																							
自覚症状																							
他覚症状																							
総合所見																							

この用紙にある必要受診項目をすべて満たしている医療機関からの健康診断票がある方は、そちらを提出していただいてもかまいません。(原本または医師・医療機関等の証明印がある写し)

横浜市
医療局病院経営本部

印

