

健康診断書

ふりがな				生年月日	西暦	年	月	日	
氏名			男・女		平成・昭和	年	月	日	
身長	cm			ツベルクリン反応	最終BCG				
					接種年月	年	月		
体重	kg			胸部 X 線 所 見	直接 間接				
聴力	右	1000Hz dB			所見	異常なし ・ 要精密			
		4000Hz dB							
	左	1000Hz dB							
		4000Hz dB							
眼	視力	右	裸眼 ・	尿	糖 ()				
			矯正 ・		蛋白 ()				
	左	裸眼 ・	潜血 ()						
		矯正 ・							
色神	正常 色弱 () 色盲 ()			主な既往歴	なし あり * ありの場合備考欄に記入				
備考									

検査の結果、上記の通り診断する。

令和 年 月 日

所在地

医療機関名

医師氏名

印

公益財団法人 がん研有明病院付設 細胞検査士養成所

- 注1 健康診断書は、発行後1か月以内のものとする。
- 注2 入所時までに、**麻疹・風疹・流行性耳下腺炎・水痘**の抗体検査結果を提出してください。願書提出時でも可。
- 注3 血液検査（抗体検査）で、以下の「基準を満たす」に合致すれば、当該ウイルス感染症の免疫があるものと判断する。
麻疹 EIA法 (IgG) : 16.0以上、**風疹** EIA法 (IgG) : 8.0以上、
水痘 EIA法 (IgG) : 4.0以上、**流行性耳下腺炎** EIA法 (IgG) : 4.0以上
- 注4 抗体検査（抗体価測定）が基準値以下の場合、過去2回のワクチン接種履歴があれば接種報告書として提出。コピーでも可。2回の履歴がない場合、ワクチン接種のこと。