

健康診断書

ふりがな				生年月日	年 月 日 (歳)		
氏名			男・女				
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				
聴力	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							
<p>検査の結果、上記の通り診断する。</p> <p style="text-align: center;">令和 年 月 日</p> <p style="text-align: center;">所在地</p> <p style="text-align: center;">医療機関名</p> <p style="text-align: center;">医師氏名 印</p>							

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 入学時まで、**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、過去のワクチン接種履歴があれば接種報告書を資料とし提出。コピーでも可。