

公立大学法人名古屋市立大学 採用時健康診断の受診のお願い  
(契約職員向け)

本学に採用予定の職員の方へ、採用時健康診断の受診をお願いしております。  
**採用予定日前3か月以内**に任意の医療機関にて下記検査を全て受診し、その結果を提出してください(費用は自己負担となります)。

● 採用時健康診断 検査項目(労働安全衛生規則第43条)

既往歴及び業務歴/自覚症状及び他覚症状の有無/身長/体重/腹囲/視力/聴力(オージオ)/血圧/血液検査(赤血球数,血色素量, GOT, GPT,  $\gamma$ -GTP, LDLコレステロール, HDLコレステロール, 中性脂肪, 空腹時血糖(又はHbA1c))/尿(糖・蛋白)/心電図/胸部X線/総合所見

● 提出様式

別添様式「健康診断書(公立大学法人名古屋市立大学)」

※ 全ての検査項目を満たしていれば、本様式以外の書式でも構いません。

● 健康診断結果の提出期限・提出先

**採用予定日当日までに労務課安全衛生係あて**に郵送又は持参にてご提出ください。

● その他

- ・ 採用予定日前3か月以内に上記の検査項目を全て含む健康診断を受診している場合は、新たに受診せずその結果票を提出いただければ結構です。
- ・ 採用予定日前3か月以上経過の健診結果票、検査項目の不備の健診結果票については受け取らない場合がございます。
- ・ 妊娠中で胸部X線を受診できない等、検査項目の中で受診できない項目がある場合は、備考欄にその旨を記載してください。
- ・ やむを得ず採用予定日までに受診できない場合は、労務課安全衛生係へご連絡ください。

【問い合わせ先】

名古屋市立大学 労務課 安全衛生係

(〒467-8601 名古屋市瑞穂区瑞穂町字川澄1)

TEL : 052-853-8594 (直通)

e-mail : [anzeneisei@sec.nagoya-cu.ac.jp](mailto:anzeneisei@sec.nagoya-cu.ac.jp)

# 健康診断書

公立大学法人名古屋市立大学

|                                      |   |        |   |  |                           |              |         |   |
|--------------------------------------|---|--------|---|--|---------------------------|--------------|---------|---|
| ふりがな                                 |   |        |   | 受診年月日  | 年 月 日                     |              |         |   |
| 氏 名                                  |   |        |   | 性 別  | 男・女                       | 年 齢 歳        |         |   |
| 生年月日                                 | 昭平  | 年      | 月   | 日  |                           |              |         |   |
| 業 務 歴                                |   |        | 貧血検査  | 血色素量 (g/dL)  |                           |              |         |   |
| 既 往 歴                                |   |        |   | 赤血球数 (万/ $\mu$ L)  |                           |              |         |   |
| 現病歴及び服薬状況                            |   |        | 肝機能検査   | AST (GOT) (IU/L)   |                           |              |         |   |
| 喫煙歴                                  |   |        |   | ALT (GPT) (IU/L)   |                           |              |         |   |
| 自覚症状                                 |   |        |   | $\gamma$ -GTP (IU/L)   |                           |              |         |   |
| 他覚症状                                 |   |        | 血中脂質検査  | LDLコレステロール (mg/dL)   |                           |              |         |   |
| 身長 (cm)                              |   |        |   | HDLコレステロール (mg/dL)   |                           |              |         |   |
| 体重 (kg)                              |   |        |   | 中性脂肪 (mg/dL)   |                           |              |         |   |
| BMI<br>[体重(kg)/身長(m) $\times$ 身長(m)] |   |        |   | 血糖検査<br>(いずれか)   | 血糖 ※1 (mg/dL)             |              | (食後 時間) |   |
| 腹 囲 (cm)                             |   |        | HbA1c (%)   |  |                           |              |         |   |
| 視 力                                  | 右 (矯正)  | ( )    |   | 尿 検 査  | 糖                         | - ± + ++ +++ |         |   |
|                                      | 左 (矯正)  | ( )    |   |  | 蛋 白                       | - ± + ++ +++ |         |   |
| 聴 力<br>(オーディオ)                       | 右   | 1000Hz | 1 所見なし 2 所見あり   | 心電図検査  | 1 異常なし 2 異常所見あり<br>( )    |              |         |   |
|                                      |   | 4000Hz | 1 所見なし 2 所見あり   |  |                           |              |         |   |
|                                      | 左   | 1000Hz | 1 所見なし 2 所見あり   |  |                           |              |         |   |
|                                      |   | 4000Hz | 1 所見なし 2 所見あり   |  |                           |              |         |   |
| 血 圧 (mmHg)                           | /   |        | 総合所見  | A. 異常なし<br>B. 軽度異常<br>C. 要経過観察<br>D. 要精密検査<br>E. 要医療<br>F. 治療中 ( ) |                           |              |         |   |
| 胸部エックス線検査                            | 撮影 年 月 日  |        |   | 就業に関する<br>意見   | 1 通常勤務可 2 就業上の制限あり<br>( ) |              |         |   |
|                                      | <input type="checkbox"/> 間接撮影 <input type="checkbox"/> 直接撮影 |        |   |  |                           |              |         |   |
| 胸 部 所 見                              | 1 異常なし 2 異常所見あり   |        |  |  |                           |              |         |   |
|                                      |   |        |   |  |                           |              | 医療機関名   |   |
|                                      |   |        |   |  |                           |              | 医師名     | 印 |
|                                      |   |        |   | 備 考  |                           |              |         |   |

※1 血糖検査については、空腹時血糖又はHbA1cとし、やむを得ない場合は随時血糖(食後3.5時間以上経過)としてください。  
 ※2 すべての項目を満たしていれば、本様式によらない書式での受診・診断でも構いません。  
 ※3 採用日前3ヶ月以内に本書の内容をすべて含む健康診断を受検している場合には、新たに受検せずにその健康診断の証明書を本書に添付することも可能です。