

健診結果報告様式 一般定期健康診断・特定業務従事者健康診断検査項目(csv変換用) 記載方法 ※提出フォームは1～66までの項目が横並びになっています。フォームに一切変更を加えずにご提出願います。

|      | 1    | 2    | 3                                    | 4               | 5               | 6                                   | 7               | 8                                      | 9     | 10                             | 11     | 12      | 13                     | 14             | 15 | 16 | 17  | 18     | 19       | 20    | 21    | 22       | 23      | 24      | 25                 | 26                 | 27       | 28             | 29             | 30     |
|------|------|------|--------------------------------------|-----------------|-----------------|-------------------------------------|-----------------|----------------------------------------|-------|--------------------------------|--------|---------|------------------------|----------------|----|----|-----|--------|----------|-------|-------|----------|---------|---------|--------------------|--------------------|----------|----------------|----------------|--------|
| 項目   | 部局名称 | 所属名称 | 職員番号                                 | 氏名              | カナ氏名            | 生年月日                                | 性別              | 受診日                                    | 健診機関名 | 健康健診の種類                        | 総合(判定) | メタボ(判定) | 医師診察所見                 | 医師診察(判定)       | 身長 | 体重 | BMI | 腹囲(cm) | 身体測定(判定) | 収縮期血圧 | 拡張期血圧 | 血圧測定(判定) | 裸眼視力(右) | 裸眼視力(左) | 矯正視力(右)            | 矯正視力(左)            | 視力検査(判定) | 眼底所見(右)        | 眼底所見(左)        | 眼底(判定) |
| 単位   |      |      |                                      |                 |                 |                                     |                 |                                        |       |                                |        |         |                        |                | cm | kg |     | cm     |          | mmHg  | mmHg  |          |         |         |                    |                    |          |                |                |        |
| 記載方法 | 必須   | 必須   | (半角)7桁(数字6桁の場合は0を始める)にアルファベットは大文字・半角 | (全角)氏名と名前の間を空ける | (全角)氏名と名前の間を空ける | (半角)西暦で入力。必ず/を用いること<br>例) 1970/1/20 | (全角)男・女のいずれかを記入 | (半角)西暦で入力する。場合必ず/を用いること<br>例) 2016/6/2 |       | ①定期健診②雇入時健診③特定業務従事者健診(2回目)から選択 | 必須(全角) |         | 非該当・基準該当・予備軍該当のいずれかを選択 | 必須:異常なし又は所見を記入 | 必須 | 必須 | 必須  | 必須     | 必須       | 必須    | 必須    | 必須       | 必須      | 必須      | 眼鏡・コンタクト使用の場合は結果記入 | 眼鏡・コンタクト使用の場合は結果記入 | 必須       | 必須:異常なし又は所見を記入 | 必須:異常なし又は所見を記入 | 必須     |

|      | 31        | 32        | 33        | 34        | 35       | 36                   | 37                   | 38     | 39                   | 40       | 41    | 42    | 43    | 44       | 45           | 46      | 47                      | 48      | 49    | 50     | 51   | 52   | 53    | 54      | 55       | 56                        | 57                      | 58  | 59                    | 60                    | 61       |
|------|-----------|-----------|-----------|-----------|----------|----------------------|----------------------|--------|----------------------|----------|-------|-------|-------|----------|--------------|---------|-------------------------|---------|-------|--------|------|------|-------|---------|----------|---------------------------|-------------------------|-----|-----------------------|-----------------------|----------|
| 項目   | 聴力右1000Hz | 聴力右4000Hz | 聴力左1000Hz | 聴力左4000Hz | 聴力検査(判定) | 白血球                  | 赤血球数                 | ヘモグロビン | 血小板数                 | 血液一般(判定) | 中性脂肪  | HDL-c | LDL-c | 脂質代謝(判定) | HbA1c(NGSP値) | 血糖(空腹時) | 尿糖                      | 糖代謝(判定) | 尿酸    | 痛風(判定) | GOT  | GPT  | γ-GTP | 肝機能(判定) | 血清クレアチニン | eGFR                      | 腎機能(判定)                 | 尿蛋白 | 尿(判定)                 | 便潜血(1回目)              | 便潜血(2回目) |
| 単位   | dB        | dB        | dB        | dB        |          | ×10 <sup>3</sup> /μL | ×10 <sup>4</sup> /μL | g/dl   | ×10 <sup>4</sup> /μL |          | mg/dl | mg/dl | mg/dl |          | %            | mg/dl   |                         |         | mg/dl |        | IU/l | IU/l | IU/l  |         | mg/dl    | ml/min/1.73m <sup>2</sup> |                         |     |                       |                       |          |
| 記載方法 | 必須        | 必須        | 必須        | 必須        | 必須       | 必須                   | 必須                   | 必須     | 必須                   | 必須       | 必須    | 必須    | 必須    | 必須       | 必須           | 必須      | 必須: (★)結果記載方法については下記参照。 | 必須      | 必須    | 必須     | 必須   | 必須   | 必須    | 必須      | 必須       | 必須                        | 必須: (★)結果記載方法については下記参照。 | 必須  | 実施した場合、結果を(+)か(-)で記載。 | 実施した場合、結果を(+)か(-)で記載。 |          |

|      | 62      | 63                 | 64       | 65                 | 66      |
|------|---------|--------------------|----------|--------------------|---------|
| 項目   | 便潜血(判定) | 胸部X線所見             | 胸部X線(判定) | 心電図所見              | 心電図(判定) |
| 単位   |         |                    |          |                    |         |
| 記載方法 | 受検者は必須  | 実施した場合、異常なし又は所見を記入 | 受検者は必須   | 実施した場合、異常なし又は所見を記入 | 受検者は必須  |

注意事項

＜提出方法＞

- 受診後一ヶ月以内を目処に電子データで提出（エクセルのCSVにて）
- フォームのレイアウト変更は行わないでください。

＜記載方法＞

- (判定)とある項目は、人間ドック学会の判定基準(2018.12.14更新)を参照し下記A～Eのアルファベットのみを記載してください。  
A : 異常なし  
B : 軽度異常  
C : 要経過観察(生活改善・再検査)  
D : 要医療  
E : 治療中
- 定性(★)で結果が出る項目については下記表示で統一すること。  
2+以上  
+  
±  
—
- 検査結果の数値は必ず指定された単位で表示すること。
- 文字は全角、数値・アルファベットは半角とする。

健診結果報告様式（海外派遣労働者健康診断検査項目（csv変換用）記載方法）※提出フォームは1～69までの項目が横並びになっています。フォームに一切変更を加えずにご提出願います。

|      | 1    | 2    | 3                                      | 4               | 5               | 6                                | 7               | 8                                   | 9      | 10   | 11             | 12       | 13 | 14 | 15  | 16 | 17       | 18    | 19    | 20       | 21             | 22             | 23                 | 24                 | 25       | 26        | 27        | 28        | 29        | 30       |
|------|------|------|----------------------------------------|-----------------|-----------------|----------------------------------|-----------------|-------------------------------------|--------|------|----------------|----------|----|----|-----|----|----------|-------|-------|----------|----------------|----------------|--------------------|--------------------|----------|-----------|-----------|-----------|-----------|----------|
| 項目   | 部局名称 | 所属名称 | 職員番号                                   | 氏名              | カナ氏名            | 生年月日                             | 性別              | 受診日                                 | 健診機関名  | 総合判定 | 医師診察所見         | 医師診察(判定) | 身長 | 体重 | BMI | 腹囲 | 身体測定(判定) | 収縮期血圧 | 拡張期血圧 | 血圧測定(判定) | 裸眼視力(右)        | 裸眼視力(左)        | 矯正視力(右)            | 矯正視力(左)            | 視力検査(判定) | 聴力右1000Hz | 聴力右4000Hz | 聴力左1000Hz | 聴力左4000Hz | 聴力検査(判定) |
| 単位   |      |      |                                        |                 |                 |                                  |                 |                                     |        |      |                |          | cm | kg |     | cm |          | mmHg  | mmHg  |          |                |                |                    |                    |          | dB        | dB        | dB        | dB        |          |
| 記載方法 | 必須   | 必須   | (半角)7桁(数字6桁の場合は0を始めに入れる)アルファベットは大文字・半角 | (全角)氏名と名前の間を空ける | (全角)氏名と名前の間を空ける | (半角)西暦で入力。必ず/を用いること 例) 1970/1/20 | (全角)男・女のいずれかを記入 | (半角)西暦で入力する。場合必ず/を用いること 例) 2016/6/2 | 必須(全角) | 必須   | 必須：異常なし又は所見を記入 | 必須       | 必須 | 必須 | 必須  | 必須 | 必須       | 必須    | 必須    | 必須       | 必須：異常なし又は所見を記入 | 必須：異常なし又は所見を記入 | 眼鏡・コンタクト使用の場合は結果記入 | 眼鏡・コンタクト使用の場合は結果記入 | 必須       | 必須        | 必須        | 必須        | 必須        | 必須       |

|      | 31                   | 32                   | 33     | 34                   | 35       | 36    | 37    | 38    | 39       | 40           | 41      | 42                     | 43      | 44   | 45   | 46    | 47      | 48       | 49                        | 50      | 51  | 52                     | 53     | 54             | 55    | 56             | 57          | 58                             | 59                             | 60              |                     |
|------|----------------------|----------------------|--------|----------------------|----------|-------|-------|-------|----------|--------------|---------|------------------------|---------|------|------|-------|---------|----------|---------------------------|---------|-----|------------------------|--------|----------------|-------|----------------|-------------|--------------------------------|--------------------------------|-----------------|---------------------|
| 項目   | 白血球                  | 赤血球数                 | ヘモグロビン | 血小板数                 | 血液一般(判定) | 中性脂肪  | HDL－c | LDL－c | 脂質代謝(判定) | HbA1c(NGSP値) | 血糖(空腹時) | 尿糖                     | 糖代謝(判定) | GOT  | GPT  | γ－GTP | 肝機能(判定) | 血清クレアチニン | eGFR                      | 腎機能(判定) | 尿蛋白 | 尿(判定)                  | 胸部X線所見 | 胸部X線(判定)       | 心電図所見 | 心電図(判定)        | B型肝炎ウイルスs抗原 | B型肝炎ウイルスs抗体                    | B型肝炎(判定)                       | 腹部超音波(所見)       |                     |
| 単位   | ×10 <sup>3</sup> /μL | ×10 <sup>4</sup> /μL | g/dl   | ×10 <sup>4</sup> /μL |          | mg/dl | mg/dl | mg/dl |          | %            | mg/dl   |                        |         | IU/l | IU/l | IU/l  |         | mg/dl    | ml/min/1.73m <sup>2</sup> |         |     |                        |        |                |       |                |             |                                |                                |                 |                     |
| 記載方法 | 必須                   | 必須                   | 必須     | 必須                   | 必須       | 必須    | 必須    | 必須    | 必須       | 必須           | 必須      | 必須：(★)結果記載方法については下記参照。 | 必須      | 必須   | 必須   | 必須    | 必須      | 必須       | 必須                        | 必須      | 必須  | 必須：(★)結果記載方法については下記参照。 | 必須     | 必須：異常なし又は所見を記入 | 必須    | 必須：異常なし又は所見を記入 | 必須          | 医師が必要と認めた場合、実施・結果入力(+)か(-)で記載。 | 医師が必要と認めた場合、実施・結果入力(+)か(-)で記載。 | 判定の基準については下記参照。 | 医師が必要と認めた場合、実施・結果入力 |

|      | 61          | 62                  | 63          | 64                  | 65          | 66                       | 67                         | 68                       | 69          |
|------|-------------|---------------------|-------------|---------------------|-------------|--------------------------|----------------------------|--------------------------|-------------|
| 項目   | 腹部超音波(判定)   | 胃部エックス線所見           | 胃部エックス線(判定) | 尿酸                  | 痛風(判定)      | ABO式血型                   | Rh式血型                      | 糞便塗抹検査                   | 備考          |
| 単位   |             |                     |             | mg/dl               |             |                          |                            |                          |             |
| 記載方法 | 実施した場合、判定入力 | 医師が必要と認めた場合、実施・結果入力 | 実施した場合、判定入力 | 医師が必要と認めた場合、実施・結果入力 | 実施した場合、判定入力 | (派遣前のみ)医師が必要と認めた場合、実施・入力 | (派遣前のみ)医師が必要と認めた場合、実施・結果入力 | (帰国後のみ)医師が必要と認めた場合、実施・入力 | 派遣先(都市名)を記載 |

注意事項

＜提出方法＞

- 受診後なるべく迅速に電子データで報告（エクセルのCSVにて）
- フォームのレイアウト変更は行わないでください。

＜記載方法＞

- (判定)とある項目は、人間ドック学会の判定基準(2018. 12. 14更新)を参照し下記A～Eのアルファベットのみを記載してください。

A

:

異常なし

B

:

軽度異常

C

:

要経過観察(生活改善・再検査)

D

:

要医療

E

:

治療中
- 定性(★)で結果が出る項目については下記表示で統一すること。

2+以上

+

±

－
- 検査結果の数値は必ず指定された単位で表示すること。
- B型肝炎ウイルスs抗原・s抗体検査の判定方法としては下記を参照し、判定項目にはAまたはDのアルファベットを記載すること。

抗原(-)抗体(+)

:

A(異常なし)

抗原(-)抗体(-)

:

D(ワクチン接種推奨)

抗原(+ )抗体(-)

:

D(要医療)

抗原(+ )抗体(+)

:

D(要医療)
- 文字は全角、数値・アルファベットは半角とする。

健診結果報告様式 特殊健康診断(有機溶剤)検査項目(csv変換用) 記載方法 ※提出フォームは1～63までの項目が横並びになっています。フォームに一切変更を加えずにご提出

|      | 1    | 2    | 3                                      | 4               | 5               | 6                                | 7               | 8                                   | 9      | 10        | 11                        | 12                       | 13                                   | 14         | 15           | 16           | 17            | 18           | 19           | 20             | 21           | 22             | 23             | 24            | 25             | 26             | 27                | 28            | 29                     | 30                   |
|------|------|------|----------------------------------------|-----------------|-----------------|----------------------------------|-----------------|-------------------------------------|--------|-----------|---------------------------|--------------------------|--------------------------------------|------------|--------------|--------------|---------------|--------------|--------------|----------------|--------------|----------------|----------------|---------------|----------------|----------------|-------------------|---------------|------------------------|----------------------|
| 項目   | 部局名称 | 所属名称 | 職員番号                                   | 氏名              | カナ氏名            | 生年月日                             | 性別              | 受診日                                 | 健診機関名  | 業務経歴の調査   | 健診の時期                     | 健診対象有機溶剤の名称              | 有機溶剤業務名                              | 有機溶剤による既往歴 | (自他覚所見)1. 頭重 | (自他覚所見)2. 頭痛 | (自他覚所見)3. めまい | (自他覚所見)4. 悪心 | (自他覚所見)5. 嘔吐 | (自他覚所見)6. 食欲不振 | (自他覚所見)7. 腹痛 | (自他覚所見)8. 体重減少 | (自他覚所見)9. 心悸亢進 | (自他覚所見)10. 不眠 | (自他覚所見)11. 不安感 | (自他覚所見)12. 焦燥感 | (自他覚所見)13. 集中力の低下 | (自他覚所見)14. 振動 | (自他覚所見)15. 上気道又は目の刺激症状 | (自他覚所見)16. 皮膚又は粘膜の異常 |
| 単位   |      |      |                                        |                 |                 |                                  |                 |                                     |        |           |                           |                          |                                      |            |              |              |               |              |              |                |              |                |                |               |                |                |                   |               |                        |                      |
| 記載方法 | 必須   | 必須   | (半角)7桁(数字6桁の場合は0を始めに入れる)アルファベットは大文字・半角 | (全角)氏名と名前の間を空ける | (全角)氏名と名前の間を空ける | (半角)西暦で入力。必ず/を用いること 例) 1970/1/20 | (全角)男・女のいずれかを記入 | (半角)西暦で入力する。場合必ず/を用いること 例) 2016/6/2 | 必須(全角) | 何ヶ月・何年で記載 | ①雇入れ②配置換え③定期の別のいずれかを選択・記入 | 労安法施行令別表第6号の2の号数を入力すること。 | 有機溶剤中毒予防規則第1条第一項第6号に掲げる業務の番号を入力すること。 | 必須         | 有無を記載        | 有無を記載        | 有無を記載         | 有無を記載        | 有無を記載        | 有無を記載          | 有無を記載        | 有無を記載          | 有無を記載          | 有無を記載         | 有無を記載          | 有無を記載          | 有無を記載             | 有無を記載         | 有無を記載                  | 有無を記載                |

|      | 31                  | 32              | 33              | 34                       | 35              | 36             | 37                      | 38               | 39               | 40                     | 41               | 42               | 43               | 44               | 45               | 46               | 47             | 48             | 49                   | 50               | 51               | 52               | 53               | 54               | 55               | 56               | 57               | 58               | 59                            | 60            | 61                      | 62          | 63 |
|------|---------------------|-----------------|-----------------|--------------------------|-----------------|----------------|-------------------------|------------------|------------------|------------------------|------------------|------------------|------------------|------------------|------------------|------------------|----------------|----------------|----------------------|------------------|------------------|------------------|------------------|------------------|------------------|------------------|------------------|------------------|-------------------------------|---------------|-------------------------|-------------|----|
| 項目   | (自他覚所見)17. 四肢末端部の疼痛 | (自他覚所見)18. 知覚異常 | (自他覚所見)19. 握力減退 | (自他覚所見)20. 膝蓋腱・アキレス腱反射症状 | (自他覚所見)21. 視力低下 | (自他覚所見)22. その他 | 他覚所見の有無                 | 握力(右)            | 握力(左)            | 尿蛋白                    | 尿中馬尿酸            | 尿中メチル馬尿酸         | 尿中2,5ヘキサジオン      | 尿中マンデル酸          | 尿中トリクロル酸又は総三塩化物  | 尿中Nメチルホルムアミド     | 眼底所見(右)        | 眼底所見(左)        | 赤血球数                 | ヘモグロビン           | GOT              | GPT              | γ-GTP            | 作業条件の調査          | 貧血検査             | 肝機能検査            | 腎機能検査            | 神経内科学的検査         | 医師の診断                         | 健康診断を実施した医師氏名 | 医師の意見                   | 意見を述べた医師の氏名 | 備考 |
| 単位   |                     |                 |                 |                          |                 |                |                         | kg/kgf           | kg/kgf           |                        | g/L              | g/L              | mg/L             | g/L              | mg/L             | mg/L             |                |                | ×10 <sup>4</sup> /μL | g/dl             | IU/l             | IU/l             | IU/l             |                  |                  |                  |                  |                  |                               |               |                         |             |    |
| 記載方法 | 有無を記載               | 有無を記載           | 有無を記載           | 有無を記載                    | 有無を記載           | 無し又はあれば所見を記入   | 必須:所見無し、又は所見ありの場合の所見を記載 | 実施した場合、検査結果を記載する | 実施した場合、検査結果を記載する | 必須:(★)結果記載方法については下記参照。 | 実施した場合、検査結果を記載する | 実施した場合、検査結果を記載する | 実施した場合、検査結果を記載する | 実施した場合、検査結果を記載する | 実施した場合、検査結果を記載する | 実施した場合、検査結果を記載する | 必須:異常なし又は所見を記入 | 必須:異常なし又は所見を記入 | 実施した場合、検査結果を記載する     | 実施した場合、検査結果を記載する | 実施した場合、検査結果を記載する | 実施した場合、検査結果を記載する | 実施した場合、検査結果を記載する | 実施した場合、検査結果を記載する | 実施した場合、検査結果を記載する | 実施した場合、検査結果を記載する | 実施した場合、検査結果を記載する | 実施した場合、検査結果を記載する | 必須:異常なし、要精密検査、要治療、その他医師の診断を記入 | 必須            | 管理区分を記載方法に従ってアルファベットで記載 | 必須          |    |

注意事項

＜提出方法＞

1. 受診後一ヶ月月以内を目処に電子データで提出（エクセルのCSVにて）
2. フォームのレイアウト変更は行わないください。

＜記載方法＞

1. 「61医師の意見」に記入する管理区分の説明

| 管理区分 | 症状区分                                                                          | 事後措置                                       |
|------|-------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------|
| A    | 健康診断の結果異常が認められない場合                                                            | 措置を要しない                                    |
| B    | 健康診断の結果、管理区分Cには該当しないが当該因子によるかまたは当該因子による疑いのある異常が認められる場合                        | 医師が必要と認める健診または検査を医師が指定した期間ごとに行い、必要に応じて就業制限 |
| C    | 健康診断の結果、当該因子による疾病にかかっている場合                                                    | 当該業務への就業禁止及び療養を必要とする                       |
| R    | 健康診断の結果、当該因子による疾病または異常を認めないが、当該業務に就業することにより増悪する恐れのある疾病にかかっている場合、または異常が認められる場合 | 当該業務への就業制限、当該疾病および異常に対する療養その他の措置           |
| T    | 健康診断の結果、当該因子以外の原因による疾病にかかっている場合または異常が認められる場合（管理Rに属するものを除く）                    | 当該疾病に対する療養その他の措置を必要とする                     |

2. 定性(★)で結果が出る項目については下記表示で統一すること。  
2+以上  
+  
±  
－
3. 検査結果の数値は必ず指定された単位で表示すること。
4. 文字は全角、数値・アルファベットは半角とする。



健診結果報告様式 特殊健康診断(電離放射線業務従事者)検査項目(csv変換用) 記載方法 ※提出フォームは1～50までの項目が横並びになっています。フォームに一切変更を!

|      | 1    | 2    | 3                                      | 4               | 5               | 6                                | 7               | 8                                   | 9      | 10                     | 11                    | 12         | 13            | 14  | 15                           | 16                           | 17              | 18           | 19                       | 20                   | 21           | 22                    | 23                | 24           |
|------|------|------|----------------------------------------|-----------------|-----------------|----------------------------------|-----------------|-------------------------------------|--------|------------------------|-----------------------|------------|---------------|-----|------------------------------|------------------------------|-----------------|--------------|--------------------------|----------------------|--------------|-----------------------|-------------------|--------------|
| 項目   | 部局名称 | 所属名称 | 職員番号                                   | 氏名              | カナ氏名            | 生年月日                             | 性別              | 受診日                                 | 健診機関名  | ①H13.4.1以降、前回健診までの実効線量 | ①H13.3.31以前の实効放射線量の合計 | ②被爆歴の有無の調査 | ③前回健診までの判定と処置 | 業務名 | (実効線量)外部被曝によるもの(事故等によるものを除く) | (実効線量)内部被曝によるもの(事故等によるものを除く) | ④(実効線量)事故等によるもの | (15～17の項目の)計 | (等価線量)眼の水晶体事故等によるものを除くもの | ⑥(等価線量)眼の水晶体事故等によるもの | (19、20の項目の)計 | (等価線量)皮膚事故等によるものを除くもの | ⑥(等価線量)皮膚事故等によるもの | (22、23の項目の)計 |
| 単位   |      |      |                                        |                 |                 |                                  |                 |                                     |        | mSv                    | mSv                   |            |               |     | mSv                          | mSv                          | mSv             | mSv          | mSv                      | mSv                  | mSv          | mSv                   | mSv               | mSv          |
| 記載方法 | 必須   | 必須   | (半角)7桁(数字6桁の場合は0を始めに入れる)アルファベットは大文字・半角 | (全角)氏名と名前の間を空ける | (全角)氏名と名前の間を空ける | (半角)西暦で入力。必ず/を用いること 例) 1970/1/20 | (全角)男・女のいずれかを記入 | (半角)西暦で入力する。場合必ず/を用いること 例) 2016/6/2 | 必須(全角) | 必須                     | 必須                    | 有り・なしを選択   | 有り・なしを選択      | 必須  | 必須                           | 必須                           | 必須              | 必須           | 必須                       | 必須                   | 必須           | 必須                    | 必須                | 必須           |
|      | 基本   | 基本   | 基本                                     | 基本              | 基本              | 基本                               | 基本              | 基本                                  | 基本     |                        |                       |            |               |     |                              |                              |                 |              |                          |                      |              |                       |                   |              |

|      | 25                   | 26            | 27            | 28            | 29            | 30            | 31            | 32            | 33                   | 34            | 35            | 36                      | 37               | 38               | 39               | 40               | 41               | 42                 | 43                    | 44                 | 45           | 46                            | 47            | 48                      | 49          | 50           |
|------|----------------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|----------------------|---------------|---------------|-------------------------|------------------|------------------|------------------|------------------|------------------|--------------------|-----------------------|--------------------|--------------|-------------------------------|---------------|-------------------------|-------------|--------------|
| 項目   | 白血球                  | リンパ球          | 単球            | 桿状球           | 分葉核           | 好酸球           | 好塩基球          | 異形リンパ球        | 赤血球数                 | ヘモグロビン        | ヘマトクリット       | その他                     | 水晶体の混濁           | 皮膚所見(発赤)         | 皮膚所見(乾燥または縦じわ)   | 皮膚所見(潰瘍)         | 皮膚所見(爪の異常)       | その他検査              | 全身的所見                 | 自覚的訴え              | 参考事項         | ⑦医師の診断                        | 健康診断を実施した医師氏名 | ⑧医師の意見                  | 意見を述べた医師の氏名 | 備考           |
| 単位   | ×10 <sup>3</sup> /μL | %             | %             | %             | %             | %             | %             | %             | ×10 <sup>4</sup> /μL | g/dl          | %             |                         |                  |                  |                  |                  |                  |                    |                       |                    |              |                               |               |                         |             |              |
| 記載方法 | 必須(医師の判断で省略可)        | 必須(医師の判断で省略可) | 必須(医師の判断で省略可) | 必須(医師の判断で省略可) | 必須(医師の判断で省略可) | 必須(医師の判断で省略可) | 必須(医師の判断で省略可) | 必須(医師の判断で省略可) | 必須(医師の判断で省略可)        | 必須(医師の判断で省略可) | 必須(医師の判断で省略可) | 他に実施した血液検査があれば検査名と結果を記載 | 有無を記入(医師の判断で省略可) | 有無を記入(医師の判断で省略可) | 有無を記入(医師の判断で省略可) | 有無を記入(医師の判断で省略可) | 有無を記入(医師の判断で省略可) | 必須:無しまたはあればその所見を記載 | 必須:異常なし、またはあればその所見を記載 | 必須:無しまたはあればその所見を記載 | 特記すべき事があれば記載 | 必須:異常なし、要精密検査、要治療、その他医師の診断を記入 | 必須            | 管理区分を記載方法に従ってアルファベットで記載 | 必須          | 特記すべき事があれば記載 |

注意事項

＜提出方法＞

1. 受診後一ヶ月以内を目処に電子データで提出（エクセルのCSVにて）

2. フォームのレイアウト変更は行わないでください。

3. ①～⑧は「電離放射線健康診断個人票」に記載される項目です。個人票に記載した内容を入力してください。

＜記載方法＞

1. 「48 医師の意見」に記入する管理区分の説明

| 管理区分 | 症状区分                                                                          | 事後措置                                       |
|------|-------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------|
| A    | 健康診断の結果異常が認められない場合                                                            | 措置を要しない                                    |
| B    | 健康診断の結果、管理区分Cには該当しないが当該因子によるかまたは当該因子による疑いのある異常が認められる場合                        | 医師が必要と認める健診または検査を医師が指定した期間ごとに行い、必要に応じて就業制限 |
| C    | 健康診断の結果、当該因子による疾病にかかっている場合                                                    | 当該業務への就業禁止及び療養を必要とする                       |
| R    | 健康診断の結果、当該因子による疾病または異常を認めないが、当該業務に就業することにより増悪する恐れのある疾病にかかっている場合、または異常が認められる場合 | 当該業務への就業制限、当該疾病および異常に対する療養その他の措置           |
| T    | 健康診断の結果、当該因子以外の原因による疾病にかかっている場合または異常が認められる場合（管理Rに属するものを除く）                    | 当該疾病に対する療養その他の措置を必要とする                     |

2.検査結果の数値は必ず指定された単位で表示すること。

3. 文字は全角、数値・アルファベットは半角とする。

健診結果報告様式    その他知事が認める健康診断(有機りん剤取り扱い者)検査項目(csv変換用)    記載方法    ※提出フォームは1～30 までの項目が横並びになっています。フォーム

|      | 1    | 2    | 3                                   | 4               | 5               | 6                                | 7               | 8                                   | 9      | 10        | 11  | 12    | 13    | 14    | 15    | 16    | 17    | 18        | 19    | 20    | 21    | 22    | 23    | 24    | 25              | 26              | 27             | 28                       | 29     | 30            |
|------|------|------|-------------------------------------|-----------------|-----------------|----------------------------------|-----------------|-------------------------------------|--------|-----------|-----|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-----------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-----------------|-----------------|----------------|--------------------------|--------|---------------|
| 項目   | 部局名称 | 所属名称 | 職員番号                                | 氏名              | カナ氏名            | 生年月日                             | 性別              | 受診日                                 | 健診機関名  | 業務経歴の調査   | 既往歴 | 食欲不振  | よだれ   | 発汗    | 頭痛    | 吐き気   | 下痢    | 胸部<br>圧迫感 | めまい   | 倦怠感   | 不安感   | 視力減退  | 顔面蒼白  | その他症状 | 収縮期血圧<br>(mmHg) | 拡張期血圧<br>(mmHg) | コリンエステラーゼ(U/L) | 医師診察所見                   | 総合(判定) | 健康診断を実施した医師氏名 |
| 記載方法 | 必須   | 必須   | (半角)7桁(数字6桁の場合は0を始める)アルファベットは大文字・半角 | (全角)氏名と名前の間を空ける | (全角)氏名と名前の間を空ける | (半角)西暦で入力。必ず/を用いること 例) 1970/1/20 | (全角)男・女のいずれかを記入 | (半角)西暦で入力する。場合必ず/を用いること 例) 2016/6/2 | 必須(全角) | 何ヶ月・何年で記載 | 必須  | 有無を選択 | 有無を選択 | 有無を選択 | 有無を選択 | 有無を選択 | 有無を選択 | 有無を選択     | 有無を選択 | 有無を選択 | 有無を選択 | 有無を選択 | 有無を選択 | 有れば記載 | 必須              | 必須              | 必須             | 必須:異常の有無を記載。異常あり判定は所見を記入 | 必須     | 必須            |

基本    基本    基本    基本    基本    基本    基本    基本    基本    基本

注意事項

<提出方法>

1. 受診後一ヶ月月以内を目処に電子データで提出（エクセルのCSVにて）
2. フォームのレイアウト変更は行わないでください。

<記載方法>

1. (判定)とある項目は、人間ドック学会の判定基準(2018.12.14更新)を参照し下記A～Eのアルファベットのみを記載してください。

A : 異常なし

B : 軽度異常

C : 要経過観察(生活改善・再検査)

D : 要医療

E : 治療中
- 2.検査結果の数値は**必ず指定された単位で表示**すること。
3. 文字は全角、数値・アルファベットは半角とする。

健診結果報告様式    **その他知事が認める健康診断(血液取り扱い業務従事者)**検査項目(csv変換用)    記載方法  
※提出フォームは1～13までの項目が横並びになっています。フォームに一切変更を加えずにご提出願います。

|      | 1    | 2    | 3                                      | 4               | 5               | 6                                | 7               | 8                                   | 9      | 10             | 11             | 12                 | 13            |
|------|------|------|----------------------------------------|-----------------|-----------------|----------------------------------|-----------------|-------------------------------------|--------|----------------|----------------|--------------------|---------------|
| 項目   | 部局名称 | 所属名称 | 職員番号                                   | 氏名              | カナ氏名            | 生年月日                             | 性別              | 受診日                                 | 健診機関名  | B型肝炎ウイルス抗原     | B型肝炎ウイルス抗体     | B型肝炎(判定)           | 健康診断を実施した医師氏名 |
| 記載方法 | 必須   | 必須   | (半角)7桁(数字6桁の場合は0を始めに入れる)アルファベットは大文字・半角 | (全角)氏名と名前の間を空ける | (全角)氏名と名前の間を空ける | (半角)西暦で入力。必ず/を用いること 例) 1970/1/20 | (全角)男・女のいずれかを記入 | (半角)西暦で入力する。場合必ず/を用いること 例) 2016/6/2 | 必須(全角) | 必須：(+)か(－)で記載。 | 必須：(+)か(－)で記載。 | 必須：判定の基準については下記参照。 | 必須            |
|      | 基本   | 基本   | 基本                                     | 基本              | 基本              | 基本                               | 基本              | 基本                                  | 基本     |                |                |                    |               |

注意事項

1. 受診後一ヶ月月以内を目処に電子データで提出（エクセルのCSVにて）
2. フォームのレイアウト変更は行わないでください。
3. B型肝炎抗原抗体検査の判定方法としては下記を参照し、判定項目にはAまたはDのアルファベットを記載すること。  
抗原(－)抗体(+) :A（異常なし）  
抗原(－)抗体(－) :D（ワクチン推奨）  
抗原(+)抗体(－) :D（要医療）  
抗原(+)抗体(+) :D（要医療）
4. 文字は全角、数値・アルファベットは半角とする。