

# 履 歴 書

(平成 年 月 日現在)

希望  
試験日： 月 日

ふりがな			旧 姓	性別
氏 名	印			男・女
生年月日	19 (昭和・平成) 年 月 日 (満 歳)			
現住所	〒 - TEL ( )			平成 年 月撮影
学 歴 (高校から記入すること)				
学校名及び学部学科名	在 学 期 間		卒業・修了・中退の区分	
	(昭・平) 年 月 から			
	(昭・平) 年 月 まで			
	(昭・平) 年 月 から			
	(昭・平) 年 月 まで			
	(昭・平) 年 月 から			
	(昭・平) 年 月 まで			
	(昭・平) 年 月 から			
	(昭・平) 年 月 まで			
免 許 ・ 資 格				
名 称	登 録 番 号	取 得 年 月 日		取 得 機 関 名
		(昭・平) 年 月 日		
		(昭・平) 年 月 日		
		(昭・平) 年 月 日		
職 歴				任 命 者
(昭・平) 年 月 日から				
(昭・平) 年 月 日まで				
(昭・平) 年 月 日から				
(昭・平) 年 月 日まで				
(昭・平) 年 月 日から				
(昭・平) 年 月 日まで				
(昭・平) 年 月 日から				
(昭・平) 年 月 日まで				
(昭・平) 年 月 日から				
(昭・平) 年 月 日まで				
(昭・平) 年 月 日から				
(昭・平) 年 月 日まで				
(昭・平) 年 月 日から				
(昭・平) 年 月 日まで				
(昭・平) 年 月 日から				
(昭・平) 年 月 日まで				
(昭・平) 年 月 日から				
(昭・平) 年 月 日まで				
(昭・平) 年 月 日から				
(昭・平) 年 月 日まで				
(昭・平) 年 月 日から				
(昭・平) 年 月 日まで				
賞 罰				
年 月 日	種 類	機 関 名		
年 月 日				
年 月 日				
上記に相違ありません。 氏 名 印				


注. 必ず黒インクを使用の上記入のこと

# 健康診断書

(カルテ番号

)

(実施日:平成 年 月 日)

氏名・性別	( )	心電図 <small>(学内講師以上 海外留学者)</small>	<input type="checkbox"/> 異常なし 所見:
生年月日	S.H 年 月 日		
身長	cm	検尿	蛋白 糖 潜血 ウロビリノーゲン
体重	kg		
BMI		血算	WBC 10 <sup>9</sup> /l
腹囲 (40歳以上)	cm		RBC 10 <sup>12</sup> /l
視力	右 ( ) 左 ( )		Hb g/dl
聴力	その他( <input type="checkbox"/> 音叉 ・ <input type="checkbox"/> その他 )		Ht %
	右( <input type="checkbox"/> 異常なし ・ <input type="checkbox"/> あり ) 左( <input type="checkbox"/> 異常なし ・ <input type="checkbox"/> あり )		PLT 10 <sup>4</sup> /μl
血圧	/ mmHg	生化学	AST IU/l
業務歴			ALT IU/l
			GGT IU/l
			TG mg/dl
			HDL-C mg/dl
既往歴 (メンタル面を含む)			LDL-C mg/dl
		血糖 mg/dl	
自覚症状	<input type="checkbox"/> 異常なし 所見:		HbA1c %
		その他 <small>(栄養部職員・ 海外留学者 帰国等)</small>	便検査:培養 <input type="checkbox"/> 異常なし 所見:
診察所見 (他覚症状)	<input type="checkbox"/> 異常なし 所見:	その他 <small>(海外留学者)</small>	血液型 型 Rh( ) 尿酸 mg/dl HBsAb ( ) mIU/l
胸部X線	平成 年 月 日撮影 <input type="checkbox"/> 直接 <input type="checkbox"/> 間接 <input type="checkbox"/> 異常なし 所見:	備考	
			
結核 (IGRA) ※	検査法: <input type="checkbox"/> QFT <input type="checkbox"/> T-SPOT	医療機関名  担当医	平成 年 月 日  印
	<input type="checkbox"/> 陰性 <input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 判定保留 <input type="checkbox"/> 判定不可		
	判定が陰性以外の場合は可能であれば QFT値もしくはスポット数		
	以前実施した検査で代用する場合は下記項目を記入する。		
実施医療 機関名	実施年月日		

## ※ 結核感染の診断法（QFT、T-SPOT）について

多くの医療機関では、ツベルクリン反応検査を実施していましたが、BCG 接種や非結核性抗酸菌症による影響を受けるため、近年はツベルクリン反応検査よりも診断能の高いIGRA 検査（インターフェロン- $\gamma$ 遊離試験）が推奨されています。

- IGRA 検査の検査法は、QFT または T-SPOT のどちらでも構いません。
- IGRA 検査未実施の方、過去に実施したものの結果が不明な方は、検査を実施してください。
- IGRA 検査を過去に実施している場合は別途ご提示ください。その場合には、検査実施年月日、検査実施医療機関（または学校）、判定結果を記入してください。  
なお、判定結果が陰性以外（陽性、判定不可、判定保留）の場合には、具体的な数値（QFT は QFT 値を、T-SPOT はスポット数を）も記入してください。
- IGRA 検査は、検査結果が出るまでに数日かかります。健康診断書の提出期限を確認し、医療機関を受診してください。