

健康診断免除申請書 (表面)

年 月 日

宮城県職員安全衛生管理者 殿
(総務部長)

申請者	所属	
	氏名	
	職員番号	
	生年月日	年 月 日生

健康診断の免除を受けたいので、下記のとおり申請します。

記

1 免除事由 (該当項目に✓印を記入)	免除事由に係る疾病名・現在の状況・休業期間等											
<input type="checkbox"/> 疾病を治療中												
<input type="checkbox"/> 疾病について医師の管理を受けている												
<input type="checkbox"/> その他												
2 免除を受けようとする健康診断項目												
<input type="checkbox"/> 定期健康診断の全項目 <input type="checkbox"/> 定期健康診断の一部項目 (該当する項目に✓印を入れてください。)												
検査項目 (法定)	<input type="checkbox"/> 問診	<input type="checkbox"/> 診察	<input type="checkbox"/> 身長	<input type="checkbox"/> 体重	<input type="checkbox"/> 腹囲	<input type="checkbox"/> 視力	<input type="checkbox"/> 聴力	<input type="checkbox"/> 血糖	<input type="checkbox"/> 血液学的検査 (赤血球数, 血色素量)	<input type="checkbox"/> 尿検査 (尿糖, 尿蛋白)	<input type="checkbox"/> 胸部X線	<input type="checkbox"/> 喀痰検査
	<input type="checkbox"/> 血液生化学的検査 (LDLコレステロール, HDLコレステロール, 中性脂肪, AST(GOT), ALT(GPT), γ-GT(γ-GTP))						<input type="checkbox"/> 血糖					
検査項目	<input type="checkbox"/> クレアチニン	<input type="checkbox"/> 尿酸	<input type="checkbox"/> HbA1c	<input type="checkbox"/> 眼底	<input type="checkbox"/> 尿潜血	<input type="checkbox"/> 血液学的検査 (血球容積, 白血球数, 血小板数)						
3 結果報告の方法	<input type="checkbox"/> 裏面記載			<input type="checkbox"/> 書面添付			<input type="checkbox"/> 後日報告 (※後日報告は、やむを得ない場合に限り、当該年4月～8月の受診結果を添付すること。)					

【注意事項】

- 1 検査項目に該当する疾患により治療又は医師の管理を受けている場合には、申請書により、健康診断の全部又は一部を免除することができます。(職員安全衛生管理規程第49条)
- 2 定期健康診断のうち法定検査項目は、原則として該当する全ての職員が受診しなければなりません。
(労働安全衛生法第66条第5項、職員安全衛生管理規程第47条)
- 3 健康診断免除申請書は、対象となる健康診断等が始まる前に提出することを原則とします。
- 4 太線枠内を職員本人が記載してください。主治医等に記載していただく必要はありません。
- 5 産休や育休、病休等により健康診断等を受診できない場合には、免除事由区分「その他」欄に✓印を入れ、産休等の期間を記載してください。
- 6 やむを得ず結果報告の方法を後日報告とした場合は、医療機関を受診後、法定検査項目に係る検査結果(4月～8月に受診したものを速やかに提出してください。
- 7 法定検査項目に係る検査結果表がある場合には、その写しを添付しても構いません。ただし、当該年の検査結果に限ります。

(裏面に続く)

健康診断免除申請書 (裏面)

1 定期健康診断 (※法定検査項目)

区分	検査項目	検査日	年 月 日			備考
①問診 (既往症、 自覚症状)	現在たばこを習慣的に吸っていますか [「習慣的に吸っている者」とは、「合計100本以上、又は6カ月以上吸っている者」であり、最近1カ月間も吸っている者]		はい	いいえ		
	お酒(清酒、焼酎、ビール、洋酒など)を飲む頻度は		毎日	時々	殆ど飲まない (飲めない)	
	これまで(現在も含む)に 右に記載した病気にかかった ことがありますか	1 肝臓病	なし	あり	治療中	※何れかを○で囲む
		2 痛風(高尿酸血症)	なし	あり	治療中	
		3 呼吸器病	なし	あり	治療中	
		4 眼底出血	なし	あり	治療中	
		5 消化器病	なし	あり	治療中	
	最近(1年以内)右に記載 のように感じることがありま すか	1 動悸、息切れ	なし	あり		(対象:全職員)
		2 顔、足のむくみ	なし	あり		
		3 言葉のもつれ	なし	あり		
4 脈のみだれ		なし	あり			
5 意識を失う		なし	あり			
6 のどがよく渴く		なし	あり			
7 胸の痛み、しめつけられる感じ		なし	あり			
8 めまい、立ちくらみ		なし	あり			
9 手足の麻痺		なし	あり			
②診察	他覚症状				※医師による診察結果を記載 (対象:全職員)	
身 体 計 測	③身長	cm			※計測した数値を記載 (対象:全職員)	
	④体重	kg				
	⑤腹囲	cm				
生 理 学 的 検 査	⑥視力検査	裸眼・矯正 (右:) (左:)			※裸眼又は矯正の何れかを○ で囲み、検査数値を記載 (対象:全職員)	
	⑦聴力検査	(1000Hz)	右: 所見なし・所見あり 左: 所見なし・所見あり		※所見なし又は所見ありの何 れかを○で囲む (対象:全職員)	
(4000Hz)		右: 所見なし・所見あり 左: 所見なし・所見あり				
生 理 学 的 検 査	⑧血圧測定	収縮期 (mmHg) 拡張期 (mmHg)			※計測した数値を記載 (対象:全職員)	
	⑨心電図検査(安静時)	正常・所見あり ()			※所見ありの場合には、所見 内容を()内に記載 (対象:全職員)	
⑩胸 部 検 査	胸部X線	正常・所見あり ()			※所見ありの場合には、所見 内容を()内に記載 (対象:全職員)	
	喀痰検査				※医師が必要でないと認める 場合には省略可	
⑪血 液 生 化 学 的 検 査	LDLコレステロール	mg/dL			※計測した数値を記載 (対象:全職員)	
	HDLコレステロール	mg/dL				
	中性脂肪	mg/dL				
	AST(GOT)	IU/L				
	ALT(GPT)	IU/L				
	γ-GT(γ-GTP)	IU/L				
⑫血糖(空腹時又は随時)	血糖 (mg/dL)		※空腹時又は随時の何れかを ○で囲む ※随時血糖は食後3.5時間以上 経過したもの (対象:全職員)			
⑬血 液 学 的 検 査	赤血球数	×10 ⁴ /μℓ			※計測した数値を記載 (対象:全職員)	
	血色素量	g/dL				
⑭尿 検 査	糖	(−) (±) (+) (++) (+++) 判定不能			※何れかを○で囲む (対象:全職員)	
	蛋白	(−) (±) (+) (++) (+++) 判定不能				

2 備考欄

