

きつかわクリニック雇入時健康診断を受けるにあたっての同意書

下記お読みいただき内容にご理解・ご了承いただけましたら□に☑をご記載ください。

なおご不明点等は担当スタッフまたは医師までご相談ください。

- 今回お受けになる健康診断の項目は労働安全衛生規則第43条、第66条に基づいております。すなわち労働者が労働できるか、又は他の労働者に感染させる可能性がないかを判断するものです。したがって個人の精密な健康状態の把握や、「がん」などの慢性消耗性疾患の検出を目的とはしておりません。
- 健康診断の所要時間は概ね60～90分を予定しています。他の診療の都合等で予定時間を超える場合があります。
- 採血は細心の注意を払って実施しています。採血のために注射針を静脈に刺すときに不快感や痛みがあります。また、あざ、変色、腫れ、注射針を刺した時の傷や意識低下、気分不快が起こる可能性があります。採血後に採血に伴う疼痛や神経痛が残存する可能性があります。
- 健康診断書（以下、診断書）に必要な項目については細心の注意を払って漏れ、誤りのないように努力しております。時に再度お見え頂き、不足する部分について検査させて頂く事または訂正させて頂く事があります。
- ご指定の用紙がある場合、当方で実施していない項目は斜線を引かせて頂きます。他施設での結果の書き込みはいたしません。また、結果の故意な書き換えなども行いません。
- ご記入いただいた問診票や診察によって当方が知り得た既往歴、自覚症状等は診断書に記載いたします。また検査の結果、有意な所見が認められる時は、就業に影響がある場合でも所見として記載させていただきます。
- 当院の健康診断は日本人間ドック学会作成の判断区分を採用しております。今回の健康診断の最終的な判定は事業所の判断となります。
- 健康診断の結果にて、医師の意見、就労判断などの判定記載が必要な場合は、別途費用（3,500円）の判断料をお支払いいただきます。
- 診断書は原則受診日の翌々々日（3営業日）の診療時間内に受付にてお渡しいたします。指定用紙やオプションの検査項目がない方で、心電図検査・レントゲン検査にて異常を認めない場合は、受診日翌日（1営業日）の15時以降のお渡しが可能です。ただし金曜日、土曜日に受診された方は翌週最初の診療日15時以降、祝前日に受診された方は翌診療日15時以降の診療時間内に受付にてお渡しいたします。診療時間外のお渡しはいたしません。診断書は特殊検査がある場合は、3営業日以上の日数がかかる場合があります。
- 診断書のお渡しには常に細心の注意を払って期限を厳守しております。しかし当方の力の及ばぬ事態により遅延する場合もあり得ますので、余裕をもって健康診断をお受けください。
《当方の力の及ばぬ事態の例》①地震、災害など②血液・尿検査工程でのアクシデント（検査センターまでの輸送、検査センターでの処理、検査センターから結果の受診、その他検査センター側のアクシデントによりデータを時間までに受領できない場合など）
- 診断書をお渡しする際、内容をご確認いただきます。また診断内容によっては医師から説明の上、お渡しいたしますので時間に余裕をもってお越しください。

（次ページあり）

(前ページあり)

- 同様の診断書を複数枚必要とする場合、健診受診日にご依頼頂いた場合のみ対応いたします。当院所定の用紙の場合1枚につき1,000円+税、その他の場合2,000円+税の書類作成費用を頂きます。
- ご本人以外の受け取りの場合は、あらかじめ受け取りする方のお名前、ご関係をご連絡頂き、お受け取りの方の写真付き身分証および委任状、当院の診察券をご提示頂いた場合のみ対応させて頂いております。
- レターパックでの発送も（実費にて）お受けしております。（レターパックの記載はご自身でして頂きます。この場合、3営業日での発送となります。）
- お渡し日当日の修正、訂正は無料で承りますが、それ以外は別途料金が発生いたしますのでご注意ください。極力、ご本人が来院頂き内容を十分に確認して頂いた上でお引き取りお願い致します。また、ご本人のご確認なくしてお受け取り頂いた場合、理由によらず万が一訂正が必要であった場合、送料をご負担頂いた場合にのみ訂正に対応させて頂きます。内容により対応出来ない事もございます。
- 診断書の受け取り期限は受診日から3ヶ月間です。3ヶ月以上お受取のない場合は破棄いたします。
- 費用お支払い以後の返金には応じられません。また不測の事態によりお渡し期限などに支障がでた場合や再度の来院をお願いする場合でも返金はいたしません。
- いかなる場合も領収書の再発行はいたしません。費用お支払い時にお渡しする当方発行の領収書は絶対に紛失しないようご注意ください。
- 今回の診断書によって採用の可否が問われた場合責任は当院には一切ございません。
- 検査結果及び今回お答え頂いた質問に関し、個人を同定できない形で受診者様全体の傾向を分析する統計・集計処理の上、場合によっては公表いたします。つきましては左記以外には一切他の目的に利用いたしませんのでご了承ください。

上記、当方の健康診断に関し質問の有無と同意・不同意の該当する□に☑をご記載ください。

また日付の記載とご署名をお願いいたします。

なお同意いただけない場合は健康診断の受診をお断りしますが、診療上の不利益が生じることは一ありません。

質問はありません。

質問があります。(質問内容：)

前述の記載について、同意します。

前述の記載について、同意しません。

ご署名日：20 年 月 日

ご署名

(以下余白)



ふりがな 氏名		生年月日	大・昭・平 年 月 日 () 歳	男・女
住所	〒		電話番号	自宅： 携帯：
ご職業	会社員 / 大学生 / 主婦 / パート・アルバイト / 無職 / その他 ()			

業務歴	<input type="checkbox"/> 特になし <input type="checkbox"/> あり（薬品や有機溶媒などの接触 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり・具体的に： () <input type="checkbox"/> 薬品や有機溶媒などの接触あり具体的に ()			
-----	---	--	--	--

自覚症状	<input type="checkbox"/> 特になし <input type="checkbox"/> あり・具体的に ()			
------	--	--	--	--

現在治療・通院中の病気 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	病名 <input type="checkbox"/> 脳卒中（脳出血、脳梗塞等） <input type="checkbox"/> 心疾患（狭心症、心筋梗塞等） <input type="checkbox"/> 緑内障 <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 貧血 <input type="checkbox"/> 喘息 <input type="checkbox"/> 不整脈 <input type="checkbox"/> 骨粗鬆症 <input type="checkbox"/> がん <input type="checkbox"/> コレステロール・中性脂肪が高い <input type="checkbox"/> 尿酸が高い <input type="checkbox"/> アトピー <input type="checkbox"/> 精神疾患 <input type="checkbox"/> その他 ()
--	---

現在飲んでいる薬 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	薬の名前（具体的に お薬手帳があればお見せください。）			
---	-----------------------------	--	--	--

過去にかかった病気 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	病名 <input type="checkbox"/> 脳卒中（脳出血、脳梗塞等） <input type="checkbox"/> 心疾患（狭心症、心筋梗塞等） <input type="checkbox"/> 不整脈 <input type="checkbox"/> 貧血 <input type="checkbox"/> 痛風 <input type="checkbox"/> 胆石 <input type="checkbox"/> 胃・十二指腸潰瘍 <input type="checkbox"/> 虫垂炎 <input type="checkbox"/> がん <input type="checkbox"/> 肺炎 <input type="checkbox"/> 気胸 <input type="checkbox"/> 喘息 <input type="checkbox"/> 尿管結石 <input type="checkbox"/> 腎疾患 <input type="checkbox"/> 精神疾患 <input type="checkbox"/> 骨折 <input type="checkbox"/> その他 ()
--	--

過去に大きな手術・ケガ	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり・具体的に ()			
-------------	--	--	--	--

家族の既往歴 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	病気のあった家族（〇で囲んでください。） 父・母・兄・弟・姉・妹 病名 <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 心疾患 <input type="checkbox"/> 不整脈 <input type="checkbox"/> がん <input type="checkbox"/> 結核 <input type="checkbox"/> 精神疾患 <input type="checkbox"/> コレステロール・中性脂肪が高い <input type="checkbox"/> 尿酸が高い <input type="checkbox"/> その他 ()
---	--

薬・食べ物アレルギー <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	該当する薬や食べ物の名前			
---	--------------	--	--	--

喫煙 <input type="checkbox"/> 吸わない <input type="checkbox"/> 吸う	<input type="checkbox"/> やめた () まで吸っていた) 1日平均 () 本× () 年間			
---	---	--	--	--

飲酒 <input type="checkbox"/> 飲まない <input type="checkbox"/> 飲む	<input type="checkbox"/> やめた () まで飲んでいた) 飲酒回数： <input type="checkbox"/> 時々 <input type="checkbox"/> 週 () 日 <input type="checkbox"/> 毎日 平均飲酒量/日（清酒換算）： <input type="checkbox"/> 1 合未満 <input type="checkbox"/> 2 合未満 <input type="checkbox"/> 3 合未満 <input type="checkbox"/> 3 合以上 清酒 1 合 180ml の目安：ビール中瓶 1 本 500ml、焼酎 35 度 80ml、ウイスキーダブル 1 杯 60ml、ワイン 2 杯 240ml			
---	--	--	--	--

* 女性の方のみお答えください。				生理中ですか	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい
				現在妊娠中および妊娠の可能性	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり

ご来院のきっかけについてお聞かせください。						
1. 家の近くで見て	2. 会社の近くで見て	3. 学校の近くで見て	4. インターネットを見て	5. 駅の広告を見て	6. ご家族からの紹介	
7. 知人からの紹介	8. ちゃんページを見て	9. 病院からの紹介	10. 学校からの紹介	12. その他 ()		