

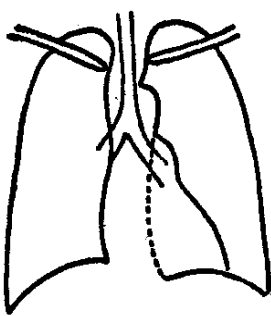
秘

健康診断票

1 本人記載欄 (該当する項目に☑を付し、所要事項を記載してください。)

(フリガナ) 氏名		<input type="checkbox"/> 男	昭・平	年	月	日生	(歳)
		<input type="checkbox"/> 女					(年齢は、H30.11.27現在)
現住所 (〒 -)							
電話 (自宅) - - (携帯) - -							
(既往歴) 現在は治療を終了しているが、過去に入院したり、半年以上通院治療を受けたりしたことがある場合は、内容を記入してください。病気の既往がない場合は、必ず「ない」に☑を付けてください。							
<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある							
昭・平 年 月 ~ 昭・平 年 月 (歳時) 病名・治療内容 ()							
昭・平 年 月 ~ 昭・平 年 月 (歳時) 病名・治療内容 ()							
昭・平 年 月 ~ 昭・平 年 月 (歳時) 病名・治療内容 ()							
(記載例) 昭・平16年11月 ~ 昭・平16年12月 (18歳時) 病名・治療内容 (急性虫垂炎手術)							
(現病歴) 最近6か月間の健康状態について記入してください。							
<input type="checkbox"/> 頑健である。							
<input type="checkbox"/> 普通の健康体である。							
<input type="checkbox"/> 病気にかかった。 { 月ころ							
病名・治療内容 ()							
障害の状態 ()							
<input type="checkbox"/> 身体に障害がある。 { 障害の程度 日常生活に支障は <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある							
支障がある場合その内容 ()							
<input type="checkbox"/> 継続して医療機関にかかっている。							
昭・平 年 月頃から (病名)							
<input type="checkbox"/> 治療を受けている。(治療内容及び薬剤名)							
<input type="checkbox"/> 診察又は検査のみを受けている。(検査名)							
<input type="checkbox"/> 気になる症状がある。()							

2 実施医療機関記載欄

身長	cm	聴力	①問診時の一般的な会話において	胸部X線撮影	
体重	kg		<input type="checkbox"/> 聴力低下なし		<input type="checkbox"/> 異常なし
BMI			<input type="checkbox"/> 聴力低下あり→②へ		<input type="checkbox"/> 異常あり
尿	たん白	()	②オーディオメーターによる検査	所見	
	糖	()			1,000Hz 4,000Hz
血圧	1回目	/	右 () ()		
	2回目	/	左 () ()		
診察所見	<input type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> 異常あり (所見)				
診断結果	<input type="checkbox"/> 異常なし (特記事項)		実施日: 年 月 日	印	
	<input type="checkbox"/> 要経過観察 <input type="checkbox"/> 要再検査 <input type="checkbox"/> 要精密検査 <input type="checkbox"/> 要治療 <input type="checkbox"/> 治療継続		●医療機関等の住所及び名称 _____ ●診断医の氏名及び印 _____		

以下の欄は裁判所が記載しますので、記載は不要です。

判定	勤務能力	医療措置	理由	判定医
----	------	------	----	-----

※ 申込者は、健康診断終了後、1及び2に記載漏れがないか確認し、本人控えとして必ず本票の写しを取ることを。

再検査等が不要の場合は、この用紙を受検者に返還してください。

年 月 日

再検査等結果報告書

司法修習生採用選考申込者に対する標記の結果等は、下記のとおりです。

記

- 1 受検者氏名
- 2 再検査等の内容
- 3 再検査等の結果
- 4 今後の対応について

医療機関の住所及び名称 _____

診断医の氏名 _____ 印

※ 申込者は、再検査等終了後、本人控えとして本書の写しを必ず取っておいてください。

健康診断の実施について（医療機関用）

司法修習生採用選考申込みの提出書類です。下記のとおり健康診断を実施した上で、健康診断票（裁判所所定の用紙）に実施結果のほか、**実施日**、**医療機関等の住所及び名称**、**診断医の氏名**を記載し、**診断医が押印**した上で、受検者に渡してください（健康診断票の提出期限は9月18日（火）です。誤記・記載漏れについては補正を依頼する場合があります。）。

健康診断の結果、**下記3①に該当する場合は、速やかに必要な検査を実施し、受検者が持参した再検査等結果報告書に結果を記載して受検者に渡してください**（再検査等結果報告書の提出期限は9月28日（金）です。）。

なお、費用は自己負担となりますので、受検者本人に請求してください。

記

1 検査項目について（提出期限前3か月以内のものに限ります。）

① 身長・体重測定及びBMI算出

② 尿（たん白及び糖）検査

生理中であっても実施し、診断結果は3に準じて取り扱ってください。

③ 血圧測定

収縮期血圧が130以上又は拡張期血圧が85以上の場合は、しばらく安静にした後再度測定し、2回目欄に結果を記載してください。

④ 聴力

一般的な会話において聴力低下を認めた場合のみ、「聴力低下あり」に☑を付し、さらにオーディオメーターを用いた検査を実施してください（オーディオメーターによる検査が実施できない場合、測定値は空欄で構いません。）。

⑤ 胸部X線検査

「異常なし」又は「異常あり」に☑を付し、異常がある場合は異常陰影を描き、所見を記載してください。

2 診察所見について

「異常なし」又は「異常あり」に☑を付し、異常がある場合は所見を記載してください。

3 診断結果について

診断結果は、以下のとおり取り扱ってください。

① 要再検査

ア **尿たん白(+)以上の場合**、1週間以内に**尿たん白**の再検査を実施してください。

イ **尿糖(±)以上の場合**、1週間以内に**空腹時血糖**、**HbA1c(NGSP)**及び**尿糖**の再検査を実施してください。

ウ その他、診断医が必要と認めた場合、所要の再検査を実施してください。

② 要精密検査又は要治療

精密検査又は治療が必要であると判断した場合、今後の検査又は治療方針を「特記事項」欄に記載してください。

③ 要経過観察

①②以外で軽度の異常が認められる場合、今後の方針を「特記事項」欄に記載してください。

【問い合わせ先】

最高裁判所事務総局人事局能率課研修健康係
電話番号 03-3264-8111 代表

健康診断受検要領（申込者用）

はじめに

医療機関で健康診断を受検し、結果を別添の「健康診断票」により、9月18日（火）（消印有効）までに最高裁判所事務総局人事局任用課試験係宛て送付してください。

診療科目に「各種健康診断」等と表示されている医療機関であれば受検可能と思われますが、受検前に別添の「健康診断の実施について（医療機関用）」を医療機関の窓口に提示し、実施の可否及び上記期限までに結果の送付が可能であることを確認してください。

1 医療機関へ提示する書類について

- ① 「健康診断の実施について（医療機関用）」
- ② 健康診断票（別添の様式を用い、本人記載欄に所定事項をあらかじめ記載）
- ③ 再検査等結果報告書

2 健康診断票の本人記載欄について

- ① 「現住所」欄は、実際に住んでいる場所を記載してください。
- ② 「既往歴」欄及び「現病歴」欄は、司法修習生採用選考申込書の「13 不採用事由等の有無」欄及び「14 備考」欄（健康状態に関するものに限る。）に記載した内容も漏れなく記載してください。欄が不足する場合は別紙（A4サイズ）を添付してください。
- ③ 治療又は定期的な診察・検査のため、継続して医療機関を受診している場合は、修習に影響しない疾病（花粉症、鼻炎、結膜炎、軽度のアトピー性皮膚炎、湿疹、じん麻疹、脱毛症、便秘等）を除き、病名、薬剤名又は検査名のほか、現在の病状及び診療内容についても記載してください。
- ④ 電話番号は、常に連絡が取れるもの（複数記載可）を記載してください。

3 診断結果（要再検査、要精密検査又は要治療等）判明後の対応について

- ① 次のアからウまでに該当する場合は再検査を受検し、結果を別添の「再検査等結果報告書」により、9月28日（金）（必着）までに最高裁判所事務総局人事局能率課研修健康係宛て送付してください。

ア 尿たん白(+)以上の場合、1週間以内に尿たん白の再検査を受検してください。

イ 尿糖(±)以上の場合、1週間以内に空腹時血糖、HbA1c(NGSP)及び尿糖の再検査を受検してください。

ウ その他、診断医が必要と認めた場合、所要の再検査を受検してください。

- ② 精密検査又は治療が必要であると診断された場合は、診断医の指示に従って適宜医療機関を受診してください。精密検査の結果は、**3①**と同様に送付してください（上記期限に間に合わない場合、結果の送付に代えて、健康診断票に付箋で受検予定の精密検査及び受検時期を付記してください。）。

4 その他

- ① 健康診断結果は、送付期限前3か月以内に実施したものに限りま。
- ② 健康診断等の費用（**3**の再検査等を含む。）は、全て受検者の負担となります。
- ③ 尿検査は生理中であっても受検し、結果判明後は**3**のとおり対応してください。
- ④ 健康診断票等に誤記・記載漏れがあった場合、補正を依頼することがあります。健康診断票等を受領した際には、封緘されている場合でも開封し、本人記載欄だけでなく、実施医療機関記載欄についても誤記・記載漏れがないことを確認した上で、本人控えとして写しを取ったのち、原本を送付してください。
- ⑤ 結核性疾患に罹患し治療中又は治療終了後1年以内の場合は、医師による診断書、今回撮影したX線フィルム（コピー可）及び血液、痰等の直近の検査データを、健康診断票とともに送付してください。
- ⑥ 後日、必要に応じて診断書の追加提出等を求める場合があります。

【健康診断に関する問い合わせ先】

最高裁判所事務総局人事局能率課研修健康係
電話番号 03-3264-8111 代表