

別 添

外務省第5部研修員の身体検査の実施について(2019)

外務省大臣官房人事課長
外務省診療所長

- 1 この身体検査は、在外赴任に備え受診者の医学的適正を判断し、潜在疾病等のある者に対しては、赴任地の医療事情等を勘案しつつ早期に適正な指導を行うことを目的とするものです。
- 2 身体検査は次の要領で行ってください。
 - (1)「身体検査書」(別紙)に記載された項目については、全項目の実施をお願いします。
 - (2)11月下旬までに実施し、その結果を同検査書にご記入ください。(血液検査データは記入の必要はなく、血液検査結果(コピー可)を同検査書裏面に添付してください)
 - (3)身体検査結果につきましては、貴府省庁(あるいは医療機関)から当該職員に通知し、血液検査結果(コピー可)をお渡してください。
 - (4)要精査と判定された職員に対しては、12月中旬までに必要な措置(再検査の実施、要すれば治療の開始等)を講ずるよう当該職員をご指導いただくとともに、再検査の結果、治療等の状況を同検査書の【要精査の場合、再検査等の結果に関する医師のコメント】欄にご記入ください。
 - (5)その後これらの検査書を一括取りまとめの上、健康状態アンケートと共に12月末までに当省に送付いただきたく、よろしくお願いいたします。
- 3 身体検査書の記入に際しては、次の点に留意願います。
 - (1)単に記載された項目による判断に留まらず、受診者の定期検診記録やカルテ等を点検し、総合的見地より行ってください。
 - (2)病名のある場合には【主な既往症および現在治療中の疾患】欄に記入すると共に、【要精査の場合、再検査等の結果に関する医師のコメント】欄については、医療事情の異なる在外公館勤務を念頭に再検査等の結果及び状況を具体的に記入してください。
- 4 身体検査書が当省に送付された後、当該職員に対し、必要に応じて、当診療所にて医療指導等を行います。

また、在外公館赴任にかかる適否の最終的判断は当省にて行うものいたします(身体検査の結果、在外勤務に著しく支障があると認められる場合には、赴任予定者の交替を含む人事上の措置をお願いすることもあり得ますので、あらかじめご承知おき願います)。
- 5 歯科検診の実施について

歯科検診については、外務省歯科診療所での実施をご案内しておりましたが、第5部研修員他、受診者が多数にのぼることから、赴任前の限られた期間に受診日を設定することが非常に困難な場合がございます。

つきましては、可能な限り貴府省庁における歯科検診の実施につきましても、ご協力をお願いいたします。

また、実施後は、診断書と問診票(別添)及びレントゲン写真の写し(原本ではなく、必ずA4用紙に印刷して下さい)について、当該職員の赴任発令までに当省に送付頂けますようご協力をお願い致します。
- 6 第5部研修免除者につきましても、上記身体検査書、歯科検診診断書等を提出して下さい。

身体検査書 (2019)

省庁名

赴任先公館

外務省診療所作成

氏名	性別 男 ・ 女	生年月日 西暦 年 月 日	
● 主な既往症			
● 現在治療中の疾患（あれば服用中の薬の名前）			
身長：_____ cm 体重：_____ kg 腹囲：_____ cm			
血圧：_____ / _____ mmHg 心拍：_____ /min			
尿一般：蛋白（_____） 糖（_____） 潜血（_____）			
胸部レントゲン：			
理学的所見：			
血液検査（結果記入不要，検査結果を裏面に添付してください）（コピー可）			
末血一般	AMY	腎臓・尿酸	脂質
WBC	TP	UA	T-Cho
RBC	ALB	Cr	LDL-Cho
Hb	T-Bil	Na	HDL-Cho
Ht	GOT	Cl	TG
Plt	GPT	K	感染症
その他	ALP	BUN	HBs 抗体 (CLIA)
Fe	LDH	糖	HBs 抗原 (CLIA)
CPK	γ-GTP	BS（空腹時）	HA 抗体 (CLIA)
肝・膵臓	ChE	HbA1c	HCV 抗体 (3rd)
判定： A 問題なし B 要精査 検査日：西暦 年 月 日			
● 要精査の場合，再検査等の結果に関する医師のコメント			

医療機関名：

西暦 年 月 日

医師 _____ 印

歯科初診時間診票

秘

令和 年 月 日

生年月日	昭和・平成 年 月 日	年齢 歳	性別 男・女
ふりがな		職員コード	(記入不要)
氏名		省庁名	
赴任先	大使館・総領事館		発令予定日 令和 年 月 日

ある ないの項はどちらかを○印でかこんで下さい。〔 〕には記入して下さい。

血圧が高いといわれたことが ある ない

高血圧の治療を受けたことが ある ない

最近の血圧測定の数値は [/]

心筋梗塞、狭心症、冠状動脈の病気といわれたことが ある ない

その他の心臓病といわれたことが ある ない

腎臓病といわれたことが ある ない

尿に糖が出る、又は血糖が高いといわれたことが ある ない

肝炎等の肝臓の病気にかかったことが(西暦 年に 型) ある ない

喘息になったことが ある ない

嘔吐をすることが ある ない

血が止まりにくいことが ある ない

抜歯したことが ある ない

歯科の治療中に気分が悪くなったことが ある ない

薬や歯科治療と関連した材料(セメント・レジン・金属・ラテックス・アルコール・ヨード・麻酔薬等)でアレルギーが出たことが ある ない

その薬、材料の名前は []

現在いつも飲んでいる薬が ある ない

その薬の名前は []

その他の特記すべき病気にかかったことが ある ない

その病名は []

現在治療を受けているかどうか いる ない

その内容は []

在外赴任にあったって特に相談したいことが ある ない

その内容は []

— 以下は女性のみお答え下さい —

妊娠中又は妊娠の疑いがありますか ある ない

外務省共済組合診療所歯科診療室

在外赴任前健康診断書（歯科）

赴任予定公館名 _____ 大使館・総領事館・領事事務所・代表部

外務省 ID No. ←記入不要 _____ 発令予定日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

氏 名 _____ ふりがな _____

生 年 月 日 西暦 _____ 年 _____ 月 _____ 日生

性 別 男・女

診 断

- う 蝕 ☐ 治療の必要がある（本）
☐ 定期的な経過観察が必要
☐ 注意すべきう蝕はない

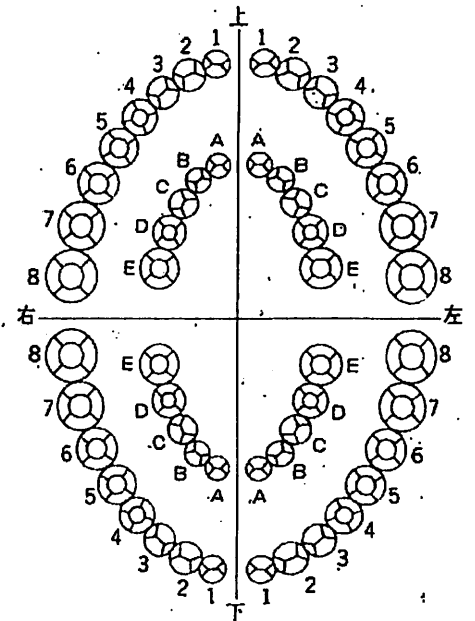
歯周病

- ☐ 治療の必要がある
☐ 定期的なメンテナンス（歯石除去等）が必要
☐ 注意すべき歯周病はない

粘膜・骨・唾液腺・顎関節等の疾患

- ☐ 治療の必要がある
☐ 経過観察が必要
☒ 注意すべき疾患はない

その他



☐ レントゲン画像はプリントアウトして診断書に添付します。

☐ レントゲン画像は（医療機関名） _____ で保管します。

※レントゲン画像に関しては、診断書に添付または自院保管を選択し、☑をご記入ください。

年 _____ 月 _____ 日

【医療機関】 住所 _____

電話番号 _____ （内線） _____

歯科医師氏名 _____ ⑩

【確認】 外務省歯科診療所 歯科医師 ⑩