

● その他の検査、健康相談・保健指導に係る提出形式（フォーマット）

（留意事項）

- ・ 下表の左欄の項目について、1人1回ごとに各項目をコンマで区切って1行のデータとすること。
- ・ 健康相談・健康指導の場合は（白内障）から（その他）まで空欄とすること。
- ・ 入力に当たっては、備考欄の事項に留意すること。特に血液検査等については、単位に注意すること。
- ・ 白内障に関する眼の検査において、水晶体の写真を撮影した場合は、その写真を電子データ等により提出すること。
- ・ 当該検査項目を実施していない場合は「」（空白）、「_」又は「検査せず」と記載すること。（「-」と記載すると陰性なのか、実施していないか判別できないため）

提出フォーマット	備考
元請企業，問合せ先企業，健診の種類（その他の検査・健康相談等），個人番号，中央登録番号，氏名のフリガナ，氏名，生年月日，実施年月日，実施した医師名，実施した施設名，白内障検査方法，眼の所見，皮膚の所見，甲状腺刺激ホルモン（TSH），遊離トリヨードサイロニン（free T3），遊離サイロキシシン（free T4），TSH レセプター抗体（TRAb），マイクロゾームテスト（MCPA），抗甲状腺ペルオキシターゼ抗体（抗 TPO 抗体），抗サイログロブリン抗体（TgAb），甲状腺超音波，胃エックス線透視，胃内視鏡，ピロリ菌，ペプシノゲン1（ng/mL），ペプシノゲン2（ng/mL），ペプシノゲン1/2比，便潜血，大腸エックス線透視，大腸内視鏡，胸部エックス線検査（直接・間接），撮影年月日，検査結果（異常なし・記述），フィルム番号，喀痰細胞診（異常なし・記述），頭部・頸部，胸部，腹部，その他の部位，HBs 抗原（HBsAg）（定性），HBs 抗体（HBsAb）（定性），HBc 抗体（HBcAb）（定性），HBe 抗原（HBeAg）（定性），HBe 抗体（HBeAb）（定性），HCV 抗体（HCV Ab）（定性），尿素窒素，クレアチニン，尿酸，Na，K，Cl，Ca，P，高感度 CRP（mg/dL），	<ul style="list-style-type: none"> ・ 個人番号:東電が発行した作業員証の番号 ・ 年月日:年は西暦 (白内障) (皮膚) (甲状腺) (上部消化管・胃) (下部消化管・大腸) (肺) (CT・MRI 等) (その他(B型肝炎・C型肝炎)) (腎機能検査) (血清電解質検査) (その他)

健康相談・保健指導の記事, 医師の診断 (傷病名),
備考

(健康相談・保健指導)