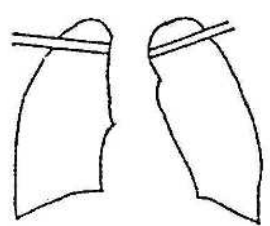


学 校 職 員 等 採 用 時 健 康 診 断 書

本人の写真 検査医師 の 割印		校種別	高 校		受験教科名 (又は、受験種目名)		受験番号	
		ふりがな			性別		生年月日	昭和・平成 年 月 日 (満 歳)
		氏 名						
現住所		都道府県		市 郡	丁目	番 号	電話番地 () -	
身長	cm		体重	kg		エックス線写真所見		
視 力		右	矯正 ()					
		左	矯正 ()					
眼 疾 患								
聴 力		右						
		左			断層写真（上記で異常のあった場合） 撮影年月日 年 月 日			
耳 鼻 咽 喉 疾 患								
言 語 障 害								
精 神 神 経 障 害								
四肢疾患・運動障害				尿 検 査		蛋白 () 糖 () 再検の結果		
内 臓 疾 患				血 圧		最大 mmHg 最小 mmHg		
皮 膚 疾 患				検 便 (栄養教諭の採用 予定者のみ)		(細菌検査) 陽性 ・ 陰性		
感 染 性 疾 患				就業に関する意見		☐ 就業上支障なし ☐ 就業不可 ()		
そ の 他 の 疾 患				(右のいずれかに チェックし、特 に必要があれば 所見を記入して ください。				
既 往 症								
上記のとおり診断する。				医療機関名		(科)		
令和 年 月 日				所 在 地				
				医 師 名				

※ 診断書作成上の留意事項

- 1 本人の写真には、医師の割印を押してください。
- 2 聴力に異常のあった場合は、オーディオメーターで検査し、オーディオグラムを添付してください。
- 3 尿検査の項目中異常があった場合は、再検査を行い、再検査の結果も記入してください。
- 4 その他の疾患異常についても精密検査資料を添付してください。
- 5 異常を認めない場合や特に所見が無い場合でも、その旨を必ず記入し、欄を空欄のままにしないでください。

※ 受検査者の留意事項

結核の既往症がある場合は、罹患時から現在までのレントゲン写真をそろえて医師へ提出すること。