（様式第８号の２）

| 諮問委員会の判定 | |
|---|---|

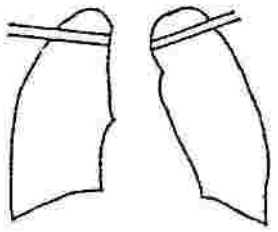
# 学校職員等採用時健康診断書

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 本人の写真 検査医師㊞の割印 | 校種別 | 小・中・高 特別支援・その他 | 受験科目名（または、受験種目名） | | 受験番号 | | |
| | ふりがな 氏名 | | 性別 | | 生年月日 | 年 月 日（満 歳） | |
| | 現住所 | 都道府県 市郡 丁目 町 番地 番号 電話（ ）－ | | | | | |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 身長 | cm | 体重 | kg | | |
| 視力 | 右 | 矯正（ ） | | | |
| | 左 | 矯正（ ） | | | |
| 眼疾患 | | | | | |
| 聴力 | 右 | | | | |
| | 左 | | | | |
| 耳鼻咽喉疾患 | | | | | |
| 言語障害 | | | | | |
| 精神神経障害 | | | | | |
| 四股疾患・運動障害 | | | | | |
| 内臓疾患 | | | | | |
| 皮膚疾患 | | | | | |
| 感染性疾患 | | | | | |
| その他の疾患 | | | | | |
| 既往症 | | | | | |

エックス線写真所見

直接写真　撮影年月日　年　月　日



断層写真（上記で異常のあった場合）

撮影年月日　年　月　日

| | |
|---|---|
| 尿検査 | 蛋白（ ）　糖（ ）<br>再検の結果 |
| 血圧 | 最大　mmHg　最小　mmHg |
| 検便（栄養教諭及び学校栄養職員の採用予定者のみ） | （細菌検査）　陽性・陰性 |
| 就業に関する意見（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。） | □ 就業上支障なし<br>□ 就業不可<br>（ ） |

上記のとおり診断する。

年　月　日

医療機関名　（科）

所在地

医師名（署名）

※　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、オージオメーターで検査し、オージ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。