（第２号の３様式）

健　康　診　断　書

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 名　　前 |  | 校　種 |  | | 教科目 |  |
| 生年月日 |  | 採用予定学校 | | ※ | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 身 　長 | | | ． 　cm | | 胸  部  Ｘ  線 | フィルム　№  撮　影 年　　　月　　　日 | | | |
| 体 重 | | | ． kg | |
| 腹 　囲 | | | ． 　cm | |
| 視 力 | | 右 | ・ ( ・ ) | |
| 左 | ・ ( ・ ) | |
| 聴 力 | | 右 |  | | 所  見 | | 10×10 |  |
| 左 |  | | 直接撮影 |  |
| 言語障がい | | |  | | その他 |  |
| 運動障がい | | |  | | その他の疾病及び異常 | | | |  |
| 検  尿 | 糖 | |  | | 既  往  症 |  | | | |
| 蛋白 | |  | |  |  | | |
| ウロビリノーゲン | |  | |  | | |
| 潜血 | |  | |
| 血　圧 | | |  | |
| 聴　打　診 | | |  | |
| 就業上の注意事項等  総　合　所　見 | | | |  | | | | | |
| 上記の通り証明する。    　令和　年　　　月　　　日    　　　　　　　　　 機関の所在地  　　　　　　　　　 ならびに名称  　　　　　　　　　 医　師　名 | | | | | | | | | |

**（注）医療機関等で受診してください。**

**（注）この健康診断書の内容は配属先の参考として使用します。**