（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。**