

## 健康診断書

本人記入欄	ふりがな		性別	住所				
	氏名			TEL ( )				
	既往症			生年月日	年	月	日	歳
	過去のツベルクリン反応	+	±	-	不明	BCG接種	有	無

医師記入欄	身長			cm	栄養状態				
	体重			kg	言語障害				
	視力	裸眼	右	・	左	・	眼疾		
		矯正	右	・	左	・	聴力		
	血圧	最高			mmHg	最低			
					mmHg				
	尿	蛋白 ( )		糖 ( )					
	胸部X線所見 (間接撮影)	<input type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> 所見あり ( )							
	運動機能障害	<input type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> 所見あり ( )							
	医師所見 (治療の見通し等)								
勤務に対する意見	<input type="checkbox"/> 通常の勤務が可能である <input type="checkbox"/> 特記あり( )								
平成 年 月 日									
上記のとおり証明します。					医療機関名				
					担当医師名				
					印				

教職員課	特記							
	年月日	平成	年	月	日	産業医名		