

健康診断書

本人記入欄	ふりがな		男・女	住所				
	氏名			電話				
	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		
		最低			mmHg	最高		
	尿	蛋白()		糖()				
	胸部X線所見 (間接撮影)	異常なし 所見あり()						
	運動機能障害	異常なし 所見あり()						
	医師所見 (治療の見通し等) 勤務に対する意見	通常勤務が可能である 特記あり()						
<p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p>上記のとおり証明します。 医療機関名 印</p> <p style="text-align: right;">担当医師名</p>								

教職員人事課記入欄	特記						
	年月日	年	月	日	産業医名		