

No. _____

健康診断票

経由地区	
------	--

本人記入欄	ふりがな氏名	男		住所	TEL ()				
		女		生年月日	年	月	日 歳		
	校種		職種		教科		現在の職		
	既往症								
	過去のツベルクリン反応	+	±	-	不明	BCG接種	有 無 不明		
医師記入欄	身長	cm	体重	kg	腹囲	cm			
	視力	右	左	(矯正)	右	左	眼疾		
	聴力	右	1000Hz 4000Hz	左	1000Hz 4000Hz	言語障害			
	血圧	最高	mmHg	最低	mmHg				
	尿	蛋白 ()	糖 ()						
	貧血検査	血色素量	g/dl	血中脂質検査	LDLコレステロール	mg/dl	肝機能検査	A S T (G O T)	IU/l
		赤血球数	$\frac{6}{10}$ ³ /mm ³		HDLコレステロール	mg/dl		A L T (G P T)	IU/l
	血糖検査	mg/dl	中性脂肪	mg/dl	γ -G T P	IU/l			
	胸部 X 線 所見								
	心電図 所見								
運動機能障害									
現在の疾病及び 理学的所見	<input type="checkbox"/> 通常の勤務が可能である <input type="checkbox"/> 特記事項あり ()								
令和 年 月 日									
医療機関名									
	担当医師名						印		
教職員健康審査会	所見								
	判定	適	再検	不適	保留	年月日	令和 年 月 日		