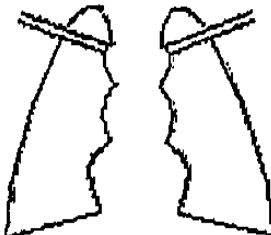


教職員身体検査書

検 診 年 月 日	令和 年 月 日		
所 属 (勤 務 先)			
氏 名		性 別	
生 年 月 日	昭和 ・ 平成 年 月 日 生		(満 歳)

※上記は受診者が記入すること。

1	体 位	身長 cm		体重 kg	11 精神神経 障 害	1 無 2 有(具体的に記入願います。)
2	視 力	右 矯正() 左 矯正()			12 既 往 歴	1 無 2 有(具体的に記入願います。)
3	聴 力	右 左			13 胸部エックス線	
4	血 圧	mmHg		mmHg	 撮影年月日 平成 . . 画像(フィルム)番号 No.	1 所見なし 2 所見あり(記入願います。)
5	尿	蛋白		糖		妊娠(又はその疑い)により検査を実施し難 い場合は、エックス線撮影以外の方法で結 核感染の有無の診断願います。
6	聴打診	(心音) 正常・異常	(呼吸音) 正常・異常	(脈拍) 整・不整	14 結核の 感 染 上記13 胸部エックス線の所見があり、かつ結核の疑いがある 場合に検査を行ってください。 1 無 2 有(具体的に記入願います。)	
7	現 症 (現在治療 中の病気)	1 無 2 有(具体的に記入願います。)				
8	眼疾患	1 無 2 有(具体的に記入願います。)			15 総 合 所 見	1 就業可 ・ 2 就業不可
9	言語障害	1 無 2 有(具体的に記入願います。)				就業上の注意事項(具体的に記入願います。)
10	四肢その他 機能障害	1 無 2 有(具体的に記入願います。)				

(医療機関へのお願い)

- 2 視力：裸眼視力が0.7未満の者は矯正視力を測定のうえ、記入してください。
- 3 聴力：異常がある者は、検査結果を添付してください。
- 4 血圧：収縮期血圧150mmHg以上又は拡張期血圧90mmHg以上の者は、再検査をし、検査結果を添付してください。
- 5 尿：蛋白が陽性の者は沈渣を、糖が陽性の者は空腹時血糖を検査し、検査結果を添付してください。
- 6 脈打診：異常がある者は、心電図検査結果を添付してください。
- 13 胸部エックス線検査：次の各号のいずれかに該当する者は、胸部エックス線フィルム等(※)を添付してください。
- (1)エックス線の所見があり、結核の感染の疑いがある者。
- (2)エックス線の所見があり、就業不可の者。
- ※胸部エックス線フィルム等：直接撮影によるフィルム(大角又は大四ツ切)又はデジタル撮影による画像データ
- 14 結核の感染：感染疑いがある者は、検査結果を添付してください。
- 15 総合所見：検査結果(再検査を含む。)に基づき、就業可、不可を記入してください。
- また、就業上の注意事項がある場合は具体的に記入してください。

上記のとおり診断する。

医療機関名

令和 年 月 日

醫師

印

身体検査審議会判定欄	1 可 ・ 2 不可	判定年月日	令和 年 月 日
------------	------------	-------	-------------------------