

職員採用健康診断書（臨時的任用職員）

※ 記入上の注意事項（裏面参照）

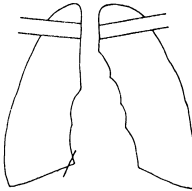
現住所 _____ 方
 電 話 _____ () _____
 ふりがな _____
 氏 名 _____ 男 ・ 女
 昭和・平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日生 (_____ 歳)

予診調査（本人の記入欄）

下記の病気で医師の治療を受けた場合は、該当項目を○でかこみ入院・治療等の経過を簡明に記入すること。

肺 結 核	歳 _____	心 臓 病	歳 _____	血 液 疾 患	歳 _____
肺結核以外の		高 血 圧	歳 _____	精 神 疾 患	歳 _____
呼吸器疾患	歳 _____	肝 臓 病	歳 _____	悪 性 腫 瘍	歳 _____
肋 膜 炎	歳 _____	腎 臓 病	歳 _____	そ の 他	歳 _____
ぜ ん 息	歳 _____	糖 尿 病	歳 _____		
		神 経 疾 患	歳 _____		

診断書（医師の記入欄）

既往歴		血液検査	GOT (AST)	IU/ℓ	
			GPT (ALT)	IU/ℓ	
自覚症状			γ-GTP	IU/ℓ	
			LDL コレステロール	mg/dℓ	
理学的所見			HDL コレステロール	mg/dℓ	
			トリグリセリド	mg/dℓ	
身長	_____ cm	血糖検査		mg/dℓ	
体重	_____ kg	尿検査	蛋白	- ± + ++ +++	
腹 囲	_____ cm		糖	- + ++ +++ +++++	
視 力	右 _____ (_____)	心電図検査			
	左 _____ (_____)				
聴 力	1000Hz 右 正 常 ・ 異 常				
	4000Hz 右 正 常 ・ 異 常				
	左 正 常 ・ 異 常	胸部エックス線検査（直接）  異常所見 なし あり (_____) 撮影日 令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日			
血 圧	_____ ~ _____ mmHg				
血液検査	血色素量				_____ g/dℓ
	赤血球数				_____ × 10 ⁴ /μℓ
	白血球数	_____ /μℓ			
備考					
就業についての医師の所見 (就業上の注意事項) 適 ・ 不適					

上記のとおり相違ありません。

令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日

所 在 地
 医 療 機 関 名
 医 師

(印)

(裏面)

受検者への注意事項

1. この健康診断書を、次のいずれかの医療機関へ持参して受診すること。
 - (1) 国・公立病院
 - (2) (財) ちば県民保健予防財団総合健診センター
 - (3) その他、健康診断書の検査項目の診断が可能な医療機関
2. この健康診断書は、診断日から3カ月以内のものを提出すること。
3. 現住所、氏名、男女別、生年月日及び予診調査は受診前に自分で正確に記入しておくこと。

なお、予診調査に関しては、病名等で不明な点がある場合は、受診するとき、医師に相談して、告知にもれないよう記入すること。

また、予診調査は、内容により採否を決めるものではなく、健康診断を担当する医師が診断にあたり参考とするものであり、厳に守秘されるものである。

医療機関各位へのお願い

この健康診断書の項目は、職員採用時の必須項目になっておりますので下記事項を参照の上、記入してください。

記

1. 裸眼視力が0.7未満のときは、必ず矯正視力を検査し、且つ0.7未満のときは、両眼視の視力を検査してください。

両眼視の矯正視力が1.0未満のときは、専門医の診断書を添付するよう本人に指示してください。
2. 聴力に所見のあるときは、さらに500Hz、2,000Hzの聴力を検査し、聴力損失を備考欄に記入してください。

検査のできないときは、専門医の診断書を添付するよう本人に指示してください。
3. 血圧は最高160mmHg以上、最低95mmHg以上のときは、暫時、深呼吸をするか又は安静後、再度検査し、その数値を記入してください。
4. 尿蛋白が○+以上のときは、再検査をし、再度○+の場合は沈渣所見を備考欄に記入してください。
5. 尿糖が○+以上のときは、再検査をし、再度○+のものは食後2時間の血糖値を備考欄に記入してください。
6. 既往歴については、予診調査の本人の告知にもとづき、治療、経過等、採用後の健康管理に参考となる事項を記入してください。
7. 検査結果に異常を認めたときは、就業上の注意事項の欄に記入してください。
8. 記載の際、不審の点がありましたら千葉県教育庁教育振興部教職員課〔電話(043)223-4043〕へ御照会ください。

千葉県教育委員会