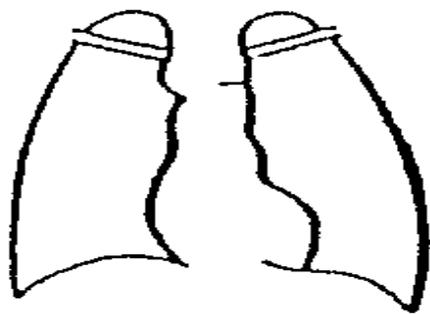


# 健康診断書

名前		校種		教科目	
生年月日		採用予定学校	※		

身長		cm	胸部		
体重		kg			
腹囲		cm			
視力	右	( . )	X線	フィルム No. 撮影 年 月 日	
	左	( . )			
聴力	右		線	所見	
	左				
言語障がい				10×10	
運動障がい				直接撮影	
				その他	
検尿	糖		既往症	その他の疾病及び異常	
	蛋白				
	ウロビリノーゲン				
	潜血				
血圧					
聴打診					
就業上の注意事項等					
総合所見					
上記の通り証明する。					
令和 年 月 日					
機関の所在地					
ならびに名称					
医師名					
印					

(注) 医療機関等で受診してください。

(注) この健康診断書の内容は配属先の参考として使用します。

