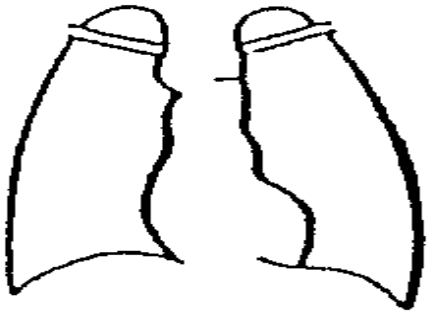
健　康　診　断　書

名　　前		校　種		教科目	
生年月日		採用予定学校	※		

身　長		. cm	胸部X線	 フィルム　№ 撮　影　　年　　月　　日		
体　重		. kg				
腹　囲		. cm				
視力	右	・　（　・　）				
	左	・　（　・　）				
聴力	右		所見	10×10		
	左			直接撮影		
言語障がい				その他		
運動障がい			その他の疾病及び異常			
検尿	糖		既往症			
	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	「勤務に支障なし」等

上記の通り証明する。

年　　月　　日

機関の所在地
ならびに名称
医　師　名

（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。