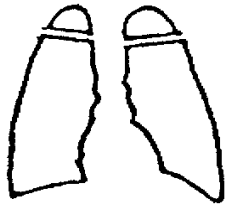


(注)裏面の注意事項を参照し、受診すること。

| 兵庫県公立学校教職員採用候補者健康診断票                      |  |                        |  |                                                         |  |                                                                                     |  |                   |  |
|-------------------------------------------|--|------------------------|--|---------------------------------------------------------|--|-------------------------------------------------------------------------------------|--|-------------------|--|
| ふりがな<br>名前                                |  |                        |  | 性別                                                      |  | 脱帽、正面向、<br>上半身で3か月<br>以内に撮影した<br>写真(3cm×4cm)                                        |  | 年<br>月<br>日<br>撮影 |  |
|                                           |  |                        |  | 男・女                                                     |  |                                                                                     |  |                   |  |
| 生年月日                                      |  | 年 月 日生(満 歳)            |  |                                                         |  |                                                                                     |  |                   |  |
| 発令予定年月日                                   |  |                        |  | 任用区分                                                    |  | 採用・臨任・その他                                                                           |  |                   |  |
| 採用等の学校名                                   |  |                        |  | 職名                                                      |  |                                                                                     |  |                   |  |
| 自覚症状                                      |  |                        |  | 心電図検査                                                   |  |                                                                                     |  |                   |  |
| 他覚症状                                      |  |                        |  | 胸部エックス線検査<br>(直接・間接)<br><br>※既往所見のある場合は、精密検査を行い併せて判定する。 |  | 撮影 年 月 日<br>(フィルム番号No. )                                                            |  |                   |  |
| 身長                                        |  | cm                     |  |                                                         |  |  |  | 判定                |  |
| 体重                                        |  | kg                     |  |                                                         |  |                                                                                     |  |                   |  |
| BMI                                       |  |                        |  |                                                         |  |                                                                                     |  |                   |  |
| 腹囲                                        |  | cm                     |  |                                                         |  |                                                                                     |  |                   |  |
| 視力                                        |  | 右 ( )                  |  |                                                         |  |                                                                                     |  |                   |  |
| (矯正視力)                                    |  | 左 ( )                  |  |                                                         |  |                                                                                     |  |                   |  |
| 眼疾                                        |  |                        |  | 尿検査                                                     |  | 糖                                                                                   |  | － 土 ＋ Ⅱ Ⅲ         |  |
| 聴力                                        |  | 右 1000Hz 4000Hz        |  | 糖                                                       |  | 蛋白                                                                                  |  | － 土 ＋ Ⅱ Ⅲ         |  |
|                                           |  | 左 1000Hz 4000Hz        |  | 循環器                                                     |  |                                                                                     |  |                   |  |
| 血圧                                        |  | 最高 mmHg                |  | 消化器                                                     |  |                                                                                     |  |                   |  |
|                                           |  | 最低 mmHg                |  | 皮膚                                                      |  |                                                                                     |  |                   |  |
| 貧血検査                                      |  | 血色素量 g/dℓ              |  | 運動機能                                                    |  |                                                                                     |  |                   |  |
|                                           |  | 赤血球数 万/mm <sup>3</sup> |  | 神経系                                                     |  |                                                                                     |  |                   |  |
| 肝機能検査                                     |  | GOT IU/ℓ               |  | 言語                                                      |  |                                                                                     |  |                   |  |
|                                           |  | GPT IU/ℓ               |  | その他疾患                                                   |  |                                                                                     |  |                   |  |
|                                           |  | γ-GTP IU/ℓ             |  | 既往症                                                     |  |                                                                                     |  |                   |  |
| 血中脂質検査                                    |  | LDLコレステロール mg/dℓ       |  | 病名                                                      |  |                                                                                     |  |                   |  |
|                                           |  | HDLコレステロール mg/dℓ       |  | 治療機関                                                    |  |                                                                                     |  |                   |  |
|                                           |  | トリグリセライド mg/dℓ         |  | 手術、治療等の内容、予後の状況                                         |  | (発病) (治癒)<br>年 月～ 年 月                                                               |  |                   |  |
| 血糖検査                                      |  | mg/dℓ                  |  |                                                         |  |                                                                                     |  |                   |  |
| 総合所見                                      |  | 就労可 ・ 不可               |  |                                                         |  |                                                                                     |  |                   |  |
| 令和 年 月 日<br>(医療機関) 所在地<br>名称<br>(診断医師) 名前 |  |                        |  |                                                         |  |                                                                                     |  |                   |  |

## 注 意 事 項

1. 兵庫県公立学校教職員の採用にあたって提出する場合は、本票を必ず使用すること。
2. 健康診断票の所見欄にある就労の可否を判断できる任意の医療機関で受診すること。
3. 指定された提出期日において、血液検査で検査中の項目がある場合は、「検査中」と記入を受けて提出し、検査の結果が出た際に、医療機関の任意の様式により速やかに提出すること。
4. 胸部エックス線フィルムの提出は不要であるが、必要に応じて後日提出を求めることがある。
5. その他検査結果について、必要に応じて後日再検査、精密検査等を指示することがある。
6. 健康診断票の検査の結果、勤務することが適当でないと判定された場合、採用されないことがある。
7. 医療機関に対して虚偽の申告により記載されたものは、無効とすることがある。
8. 健康診断票は、採用予定日から3か月以内に受診したものを提出すること。