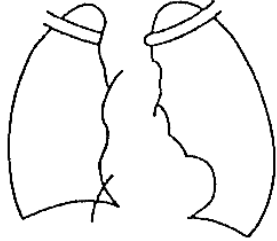


岐阜県公立学校再任用職員選考用健康診断書

氏名				男・女	昭和	年	月	日生	
現住所				〒() 電話(- -)					
既往症 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	病名	発病年月日	治癒年月日	現在の健康状態	<input type="checkbox"/> 健康				
	呼吸器疾患				<input type="checkbox"/> 治療中 — 発病時期 年 月 病 (名)				
	心臓疾患			以上のとおり相違ありません。 平成 年 月 日 氏名 ㊟					
	腎臓疾患								
	精神神経系疾患								
その他									
身長	. cm	体重	. kg	胸部X線直接撮影(平成 年 月 日) <input type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> 異常あり 所見					
視力	右	. (矯正 .)			所見				
	左	. (矯正 .)							
血糖	空腹・随時 mg/dl			所見	フィルム番号				
聴力	<input type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> 異常あり 右 () 左 ()								
血圧	最高	mmHg		貧血	赤血球数	10 ⁴ /mm ³			
	最低	mmHg				血色素量	g/dl		
検尿	糖	-	±	+	2+		3+	血中脂質	総コレステロール
	蛋白	-	±	+	2+	3+	HDLコレステロール		mg/dl
	潜血	-	±	+	2+	3+	中性脂肪		mg/dl
肝機能	GOT	IU			その他	<input type="checkbox"/> 異常なし			
	GPT	IU				<input type="checkbox"/> 異常あり ()			
	γ-GTP	IU							
心電図	<input type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> 異常あり ()			総合所見					
就業についての所見 (可・否)									
上記のとおり診断しました。 平成 年 月 日 医療機関所在地 医療機関名 医師名 ㊟									

(再任用選考審査申込者へ)

- 1 太枠内は、受診の前に本人が記入すること。
- 2 健康診断は公的医療機関で全検査項目について受診すること。
- 3 受診結果は密封のまま申し込み時に申請書に添付すること。
- 4 この診断書にかかる費用は自己負担とする。