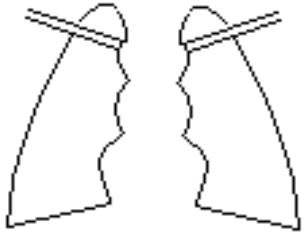


教 職 員 身 体 検 査 書

(様式1号)

職 種		採用予定校	立	学校
受験種別	小学校 中学校 高等学校	教科・科目	(中・高・特支(中・高)のみ)	
	特別支援学校 養護教諭 栄養教諭	受験番号		
氏 名		性別		年 月 日生(歳)
現 住 所				

※上記は受験者が記入すること。

1. 体 位	身長	体重			1 無 2 有 (具体的に記入願います。)
	cm	kg			8. 既往歴
2. 視 力	右	矯正 ()			
	左	矯正 ()			9. 胸部エックス線
3. 聴 力	右				
	左				 1 所見なし 2 所見あり(記入願います。)
4. 血 圧		mmHg		mmHg	
5. 尿	蛋白	糖			撮影年月日 . . . 画像(フィルム)番号 No.
6. 聴打診	(心音) 正常・異常	(呼吸音) 正常・異常	(脈拍) 整・不整		
7. 現 症 (現在治療中の病気)	1 無 2 有 (具体的に記入願います。)			10. 結核の感染	上記9.胸部エックス線の所見があり、かつ、結核の疑いがある場合に検査を行ってください。 1 無 2 有 (具体的に記入願います。)
				11. 総合所見	1 就業可 ・ 2 就業不可 就業上の注意事項 (具体的に記入願います。)

(医療機関へのお願い)

2. 視力: 裸眼視力が**0.7未満**の者は**矯正視力を測定**の上、記入してください。
3. 聴力: **異常がある**者は、**検査結果**を添付してください。
4. 血圧: **収縮期血圧150mmHg以上又は拡張期血圧90mmHg以上**の者は、**再検査**をし、検査結果を添付してください。
5. 尿: **蛋白**が陽性の者は**沈渣**を、**糖**が陽性の者は**空腹時血糖**を検査し、検査結果を添付してください。
6. 聴打診: **異常がある**者は、**心電図検査結果**を添付してください。
9. 胸部エックス線: 次の各号のいずれかに該当する者は、**胸部エックス線フィルム等***を添付してください。
 - (1) エックス線の所見があり、**結核の感染疑いがある者**
 - (2) エックス線の所見があり、**就業不可の者**

※ 胸部エックス線フィルム等: **直接撮影によるフィルム(大角又は大四ツ切)又はデジタル撮影による画像データ**
10. 結核の感染: **感染疑い**がある者は、**検査結果**を添付してください。
11. 総合所見: 検査結果(再検査を含む。)に基づき、就業の可、不可を記入してください。
また、就業上の注意事項がある場合は具体的に記入してください。

上記のとおり診断する。	医療機関名		
年 月 日	医 師		
身体検査審議会判定欄	1 可 ・ 2 不可	判定年月日	年 月 日

(注)署名又は記名押印の上、提出してください。