

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 | 注 意 点 | |
| | 特別支援学校 養護教諭 栄養教諭 | 受験番号 | | |
| 氏 名 | | 男・女 | (歳) | |
| 現 住 所 | | | | |

※上記は受験者が記入すること。

| | | | | |
|--------------------------|-----------------------|-------------------------------|---|---|
| 1. 体 位 | 身長 | 裸眼視力が0.7未満の者は 矯正視力を測定の上、記入 | 3. 既往歴 | 1 無 2 有 (具体的に記入願います。) |
| 2. 視 力 | 右 | 矯正 () | 9. 胸部エックス線 | 1 所見なし 2 所見あり(記入願います。) |
| | 左 | 矯正 | | |
| 3. 聴 力 | 右 | 異常がある者は検査 結果を添付 | 10. 結核の 感 染 | 1 無 2 有 (具体的に記入願います。) |
| | 左 | | | |
| 4. 血 圧 | mmHg | | 11. 総 合 見 | 就業上の注意事項 (具体的に記入願います。) |
| 5. 尿 | 蛋白 | 糖 | | |
| 6. 聴打診 | (心音) | (呼吸音) | (脈拍) | 妊娠(又はその疑い)により検査を実施し難 い場合は、エックス線撮影以外の方法で結 核感染の有無を診断願います。 |
| | 正常・異常 | 正常・異常 | 整・不整 | |
| 7. 現 症 (現在治療 中の病気) | 1 陽性の者は沈渣の 検査結果を添付 | | 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。 | |
| | 2 有 (具体的に記 入します。) | | 1 無 2 有 (具体的に記入願います。) | |
| | | 陽性の者は空腹時 血糖結果を添付 | | |

(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 | | | |
| 令和 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 | 令和 年 月 日 | 印 |