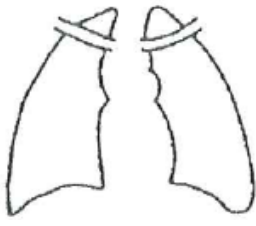


健診様式2号

採用候補者健康診断書						
学 校 名				職 名		
ふりがな				住 所		
氏 名				TEL (携帯可)		
生年月日	年 月 日 (歳)					
身 長	(cm)			既 往 歴 現 病 歴		
体 重	(kg)					
腹 囲	(cm)					
血 圧	/ (mmHg)			問 診 理 学 的 所 見		
視 力	右	裸眼	矯正()			
	左	裸眼	矯正()			
聴 力	右	1000Hz	1.所見なし 2.所見あり()dB	胸部X線検査 直接 年 月 日 撮影 所見		
		4000Hz	1.所見なし 2.所見あり()dB			
	左	1000Hz	1.所見なし 2.所見あり()dB			
		4000Hz	1.所見なし 2.所見あり()dB			
検 便 <small>(給食調理従事者)</small>	赤痢菌,腸チフス,パラチフスA菌		陰性 ・ 陽性()	 <div style="display: inline-block; vertical-align: middle; font-size: 4em; margin-left: 20px;">()</div>		
	サルモネラ菌		陰性 ・ 陽性()			
	腸管出血性大腸菌O-157		陰性 ・ 陽性()			
医師の 総合診断	① 医 学 的 判 断 ・異常なし ・異常あり 有所見項目			② 就 労 の 可 否 (可 ・ 不 可) 医 師 の 診 断(今後の治療内容等)		
	<div style="display: flex; align-items: center;"> <div style="font-size: 3em; margin-right: 10px;">{</div> <ul style="list-style-type: none"> ・健康扱い [] ・要経過観察 [] ・要精密検査 [] ・要治療 [] </div>					
上記のとおり診断します。□						
令和 年 月 日			医療機関住所			
			医療機関名			
			医師氏名			
			連絡先(TEL)			
					印	

※健康診断書は空欄がないようご記入ください。特記事項がない場合は、斜線または「なし」等をご記入ください。

※個人情報、その目的を達成するためにのみ使い、ご本人の承諾なしに第三者に提供することはありません。