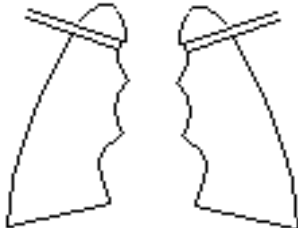


# 教 職 員 身 体 検 査 書

(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		男・女	昭和・平成 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 ( )	9. 胸部エックス線		
	左	矯正 ( )			
3. 聴 力	右				
	左				
4. 血 圧	mmHg	mmHg	撮影年月日 令和 . . 画像(フィルム)番号 No.		
5. 尿	蛋白	糖			
6. 聴打診	(心音) 正常・異常	(呼吸音) 正常・異常	(脈拍) 整・不整	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。	
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。)				
				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
令和 年 月 日	医 師 印
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