

【別紙様式3】

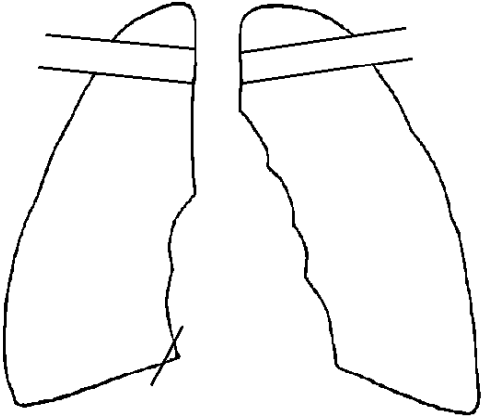
特別支援アドバイザー採用時健康診断書

現住所 _____

ふりがな
氏名 _____ (男・女)

生年月日 昭和 _____ 年 月 日 (才)
平成 _____

診断書 (医師の記入)

身長	. cm	視力	右・(・) 左・(・)	
体重	. kg	聴力	右→正常・異常 左→正常・異常	
胸部X線検査(直接)所見 	血圧	~ mmHg		
	血液検査	血色素数	g/dl	
		赤血球数	$\times 10^4 / \mu l$	
		白血球数	$/ \mu l$	
	尿検査	蛋白	— ± + ++ +++	
		糖	— ± + ++ +++	
	既往症			
	現在の疾病及び異常			
その他				
総合判定				

上記のとおり相違ありません。

令和 年 月 日

所在地
病院,又は医療機関名
医師

印