

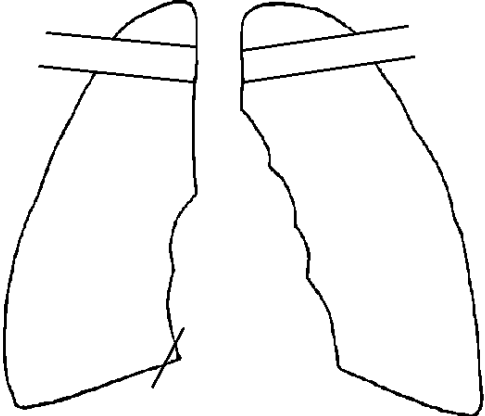
特別支援アドバイザー採用時健康診断書

現住所 \_\_\_\_\_

ふりがな  
氏名 \_\_\_\_\_ (男・女)

生年月日 昭和・平成 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 (才)

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		~ _____ mm Hg	
	血液検査	血色素数	g/dl	
		赤血球数	×10 <sup>4</sup> /μl	
		白血球数	/μl	
	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