





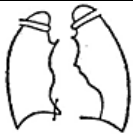
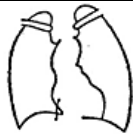
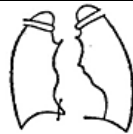



職 員 健 康 診 断 票

学校の名称								
氏名				職			性別	男 女
生年月日	年	月	日生	年	月	日	年	月
健康診断年月日	年	月	日	年	月	日	年	月
身長 (cm)	・			・			・	
体重 (kg)	・			・			・	
腹囲 (cm)	・			・			・	
B	M	I						
視力	右	()	()	()	()	()	()	()
	左	()	()	()	()	()	()	()
聴力	右							
	左							
結	胸部エックス線検査 (第1回)	撮影年月日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
		画像番号						
	所見							
	撮影年月日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
胸部エックス線検査 (第2回)	画像番号							
	所見							
核	かたん 咳痰 検査	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
		塗 培	塗 培	塗 培	塗 培	塗 培	塗 培	塗 培
	聴診、打診その他の検査	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
	病名備考							
血 圧	/	/	/	/	/	/	/	
尿 糖								
胃の疾病及び異常								
貧血検査	血色素量 (g/dl)							
	赤血球数 (万/mm ³)							
肝機能検査	GOT (IU/l)							
	GPT (IU/l)							
	γ-GTP (IU/l)							
血中脂質検査	LDLコレステロール (mg/dl)							
	HDLコレステロール (mg/dl)							
	トリグリセライド (mg/dl)							
血糖検査 (mg/dl)								
心電図検査								
その他の疾病及び異常								
指導区分								
事後備考								
備考								

(注)

- 各欄の記入については、特に次の事項に注意すること。
 イ 「身長」、「体重」及び「腹囲」の測定単位は、小数第1位までを記入する。
 ロ BMIは、次の算式により算出すること。

$$BMI = \frac{\text{体重 (kg)}}{\text{身長 (m)}^2}$$

 ハ 「聴力」の欄 聴力低下が認められる場合には、○印を記入し、併せて該当する周波数及び聴力レベルを記入する。
 ニ 「血圧」の欄 最大血圧を斜線の左上に、最小血圧を斜線右下にそれぞれ記入する。
 ホ 「尿」の欄 尿中にたんぱく質又は糖を検出した場合は、それぞれの欄に+等の記号を記入する。
 ヘ 「胃の疾病及び異常」の欄 疾病又は異常の病名を記入する。
 ト 「指導区分」の欄 第16条第1項の規定により決定した指導区分を記入し、及び医師が押印する。
 チ 「事後措置」の欄 第16条第2項の規定によって学校の設置者が取るべき事後措置に関し必要な事項を記入する。
 ツ 医師の判断に基づき検査を省略した項目については、該当欄にその旨を記入する。
 ヌ 以上のほか、各欄の記入については、第1号様式の「(注)」による。
- 他の学校から移ってきた職員については、送付を受けた健康診断票に空欄がある場合は、これを用いる。