

【別紙様式3】

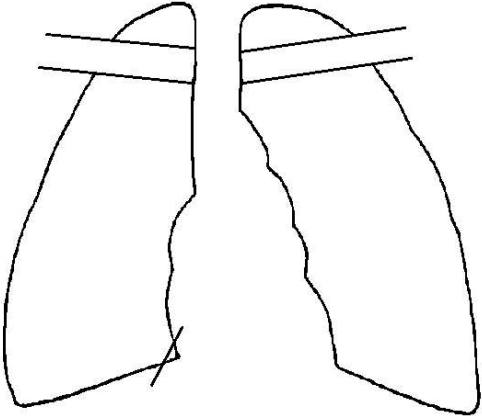
## 特別支援アドバイザー採用時健康診断書

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 	血液検査	血圧	_____ ~ _____ mmHg
	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