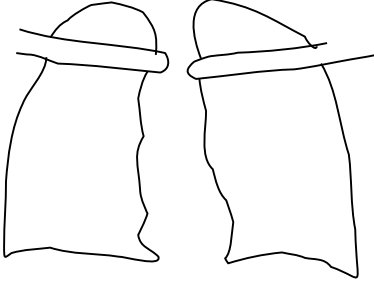


⑧

東京都公立学校教員採用候補者 健康診断書

※裏面の注意事項をご一読ください。

校 種		教 科 (科目等)		受 験 番 号	
フリガナ 氏 名		性別		生年月日	年 月 日
現 住 所	〒				
		電話 () -			
既 往 症			胸 部 レントゲン 所 見		
			撮影種別 : 間接撮影 ・ 直接撮影 所見あり ・ 所見なし ※該当を○で囲む。		
現 症	病 名				
	現在の治療等				
		フィルム番号 No.			
		年 月 日撮影			
血 圧	/ mmHg		総合判定	異常なし ・ 要精査	
				※該当を○で囲む。	
上記のとおり診断します。					
検査医療機関		所在地		年 月 日	
		名 称			
		医師名		印	

※医療機関の方へ レントゲン撮影年月日・所見の有無、血圧、総合判定は、必ず記入してください。

健康診断書についての注意事項

※ 記載いただく医療機関の方へ。記載前にご一読をお願いいたします。

- 1 健康診断書は、必ずこの用紙を使用してください。
- 2 太枠内は受診者本人が記入する箇所になります。
未記入箇所がございましたら、本人に確認するようお願いいたします。
- 3 診察の費用は受診者の負担となります。
- 4 記載内容について
 - (1) 既往症、現症については、疾病により労働災害が発生する恐れがある場合、もしくは医療機関等で業務に際し特段の配慮があったほうが良いと思われる場合に記載ください。
該当がない場合は空欄でかまいません。
 - (2) レントゲン撮影年月日・所見の有無、血圧、総合判定は、必ず記入してください。