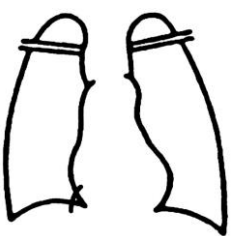


# 健康（診断）証明書

※ 太線内は受診者本人が記入してください。

ふりがな		性別		生年月日	昭和・平成 年 月 日		
氏名		年齢	歳	電話番号			
住所	〒						
既往歴	(何歳頃、病名、治療の有無、完治等)	身長	cm	体重	kg BMI		
		視力	裸眼 右 左	矯正 右 左			
現症	伝染性疾患	血圧	収縮期		拡張期		
	神経性疾患		(1)	mmHg	mmHg		
	循環器系疾患		(2)	mmHg	mmHg		
	腎臓疾患	尿検査	蛋白	- ± + ++ +++			
	肝臓疾患		糖	- ± + ++ +++			
	代謝・内分泌疾患	聴打診					
	その他の疾患						
	精神障害		その他(日常生活及び勤務についての制限 ○を付してください)				
	視聴覚障害		日常生活についての制限	無			
	言語障害	日常生活についての制限	有				
運動障害							
胸部エックス線検査		年 月 日 撮影					
直接	所見なし 所見あり 内容 ( )						
勤務についての制限						無	
勤務についての制限						有	

上記のとおりであることを証明する。	
年 月 日	医療機関名 (所在地・電話番号)
	診療科名
	医師氏名

裏面をご参照ください。

(埼玉県教育委員会使用欄)

判定	左記のとおり判定する。
	年 月 日
	医療機関名 さいたま市浦和区高砂 3-14-21
	埼玉県教育局教育総務部福利課分室
	医師氏名

## 医療機関の先生方へのお願い

この健康診断証明書は、埼玉県公立学校教職員（臨時的任用）採用時に必要となる書類ですので、下記事項を参照の上、検査（再検査を含む）をお願いします。結果を記載する欄がないものについては、適宜記載したものを本人にお渡しください。

記

### 既往歴・現症

本人の告知により、病名、発症時期、治療（治療終了、又は治療中）の有無、経過（経過観察中、又は完治）等を記入してください。該当がない場合は「なし」等を記入して下さい。

### 胸部エックス線

直接撮影で検査してください。

異常所見のあるときは、フィルムまたはCDを添付してください。また、診断名が肺結核の場合は、「日本結核病学会病型分類に基づく病型」及び「指導区分」を記入してください。

### B M I

小数点第1位まで記入してください。

### 視 力

視力検査の結果を記入してください。

裸眼視力が0.7未満のときは、必ず矯正視力を検査してください。

矯正視力が0.7未満のときは、再矯正し、検査をしてください。再矯正の視力が0.7未満のときは、「現症（視覚障害）」欄に症状・病名を記入してください。

### 血 圧

検査の結果、収縮期140mmHg、拡張期90mmHgを超えるときは、安静座位にて再度検査し、その数値を(2)欄に記入してください。

安静座位の数値が収縮期140mmHg、拡張期90mmHgを超えるときは、以下の項目について検査し、結果を添付してください。

- ・総コレステロール      ・尿素窒素      \*尿蛋白定量      \*尿沈査
- ・HDL-コレステロール      ・LDL-コレステロール      ・クレアチニン      ・トリグリセライド
- \* 次の尿定性検査（蛋白・糖）が陰性の場合は「尿蛋白定量」及び「尿沈査」を省略。

### 尿蛋白

検査の結果、+以上のときは、早朝尿により再検査をしてください。

早朝尿が陰性でない場合は以下の項目について検査し、結果を添付してください。

- ・尿蛋白定量      ・尿素窒素
- ・尿沈査      ・クレアチニン

### 尿 糖

検査の結果、+以上のときは、食後2時間の尿により再検査をしてください。

食後2時間の尿が陰性でない場合は以下の項目について検査し、結果を添付してください。

- ・血糖      ・ヘモグロビンA1c

### その他

日常生活及び勤務についての制限を記入してください。

なお、上記の他、この健康診断証明書の記入に際し、必要なものがあれば検査をし、結果を添付してください。

(検査項目の問合せ)

埼玉県教育局教育総務部福利課健康づくり・メンタルヘルス担当  
電話 048-830-6971

※検査項目以外については、各採用担当課所へお問合せください