


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 氏名		性別		生年月日		
		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	
		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	
	神経系疾患			(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	令和 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。						
令和 年 月 日		医療機関名 (所在地・電話番号) 診療科名 医師氏名				
(印)						


裏面をご参照ください。

(草加市教育委員会使用欄)

健康（診断）証明書

記入例

※ 太線内は受診者本人が記入してください。

ふりがな 氏名	そうか さぶろう 草加 三郎	性別	男	生年月日	平成○年○○月○○日								
		年齢	26歳	電話番号	048-922-3494								
住所	〒340-8550 草加市高砂一丁目1番1号												
既往歴	(何歳頃、病名、治療の有無・完治等) なし	身長	178cm	体重	68kg								
		視力	裸眼 右 0.4 左 0.5	矯正 右 1.0 左 1.0									
現症	伝染性疾患	なし	血圧	収縮期	拡張期								
	神経系疾患	なし		(1) 140 mmHg	96 mmHg								
	循環器系疾患	なし		(2) 120 mmHg	79 mmHg								
	腎臓疾患	なし	尿検査	蛋白	⊖ ± + ++ +++								
	肝臓疾患	なし		糖	⊖ ± + ++ +++								
	代謝・内分泌疾患	なし	聴打診	異常なし									
	その他の疾患	なし		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) 日常生活についての制限 <input checked="" type="radio"/> 無 日常生活についての制限 有 [勤務についての制限 <input checked="" type="radio"/> 無 勤務についての制限 有]									
	精神障害	なし											
	視聴覚障害	なし											
	言語障害	なし											
運動障害	なし												
胸部エックス線検査	令和○年○月○○日撮影												
直接 所見なし 所見あり 内容 []													
上記のとおりであることを証明する。 令和○年○月○○日 <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td>医療機関名</td> <td>にこにこ草加っ子クリニック</td> </tr> <tr> <td>(所在地・電話番号)</td> <td>草加市中央一丁目2番5号</td> </tr> <tr> <td>診療科名</td> <td>内科</td> </tr> <tr> <td>医師氏名</td> <td>本木 兼好</td> </tr> </table> <div style="text-align: right; margin-top: 10px;"> <div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 40px; display: flex; align-items: center; justify-content: center; margin: 0 auto;"> 印 </div> </div>						医療機関名	にこにこ草加っ子クリニック	(所在地・電話番号)	草加市中央一丁目2番5号	診療科名	内科	医師氏名	本木 兼好
医療機関名	にこにこ草加っ子クリニック												
(所在地・電話番号)	草加市中央一丁目2番5号												
診療科名	内科												
医師氏名	本木 兼好												

裏面をご参照ください。
(草加市教育委員会使用欄)

医療機関の先生方へのお願い

この健康診断証明書は、草加市立中学校に勤務する教員(市費常勤)の任用時に必要となる書類です。作成する際には、お手数ですが下記事項を参照の上、検査をお願いいたします。結果を記載する欄がない項目については、適宜記載したものを本人にお渡しください。

1 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。

2 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。

3 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。再矯正視力が

0.7未満のときは、「現症(視覚障害)」欄に症状を記入してください。

4 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。

①総コレステロール ②尿素窒素 ③尿蛋白定量 ④尿沈査 ⑤HDL-コレステロール
⑥LDL-コレステロール ⑦クレアチニン ⑧トリグリセライド

※ 次の尿定性検査(蛋白・糖)が陰性の場合には、「尿蛋白定量」及び「尿沈査」を省略

5 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。

①尿蛋白定量 ②尿素窒素 ③尿沈査 ④クレアチニン

6 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。

①血糖 ②ヘモグロビンA1c

7 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。

お問い合わせ先 草加市教育委員会子ども教育連携推進室
電話 048-922-3494