

※ 健康診断を実施している医療機関をご受診ください。
 ※ 必須検査項目は血圧、尿検査、胸部X線の3項目です(太枠内、必須と記載)。
 ※ 職リハ応募締め切り日の前6か月以内に実施した他の健康診断の結果の写し(コピー)をこの様式に代えて提出することができます。

健康診断書

氏名			男・女	生年月日	昭和 平成	年	月	日生(歳)
障害名・病名					身長	cm	体重	kg
血圧(必須)	最高 mmHg	最低 mmHg	利手	右・左	握力	右 kg	左 kg	
視力	右 () 左 ()		尿検査(必須)		蛋白: 糖:			
補装具等(有・無)	※使用している場合、種類		聴力	正常				
	義足 義手 杖(形状:) 車いす(手動 電動) 下肢装具(長 短) その他: 補聴器(右 左 両方) 白杖 その他			※聴覚に障害のない方は正常を○で囲んでください。 ※聴覚に障害のある方のみ聴力をご記入ください。				
てんかん(有・無)	※有の場合		X線(必須)(異常有・無)	所見				
	①発作の型 () ②発作の頻度 (回/年) ③直近の発作 (年 月 日) ④服薬 ()			令和 年 月 日撮影 胸部X線(直接または間接)写真による。				
医療歴	病名	期間		病院・施設名		内容		
		S H R	年 月 ~ S H R	年 月				
		S H R	年 月 ~ S H R	年 月				
		S H R	年 月 ~ S H R	年 月				

上記の通り診断する。
 令和 年 月 日

医療機関名

所在地

(電話

)

医師名

印

身体障害、難病のある方対象

高次脳機能障害のある方対象

発達障害のある方対象

精神障害のある方対象

知的障害のある方対象

切り取り線