

健康診断個人票

※ 県費負担教職員 雇入時健康診断用

令和 9 年度採用

採用 種 別	県 立	高校 ・ 特別支援学校 その他()	氏 名	受験番号 ()	生年月日 (年 齢)	年 月 日	性 別	男 ・ 女		
	義 務	小学校 ・ 中学校 学校事務 ・ 養護 ・ 栄養 育児退職 ・ 看護退職				(今年度末現在 歳)				
健康診断日		令和 9 年 月 日								
病 歴 ・ 症 状	既往歴			特になし あり ()						
	現病歴(治療中及び経過観察中の疾患)			特になし あり ()						
	自覚症状			特になし あり ()						
健 康 診 断 項 目						判定区分				
他 覚 症 状 (医師の診察所見)				所見あり () 所見なし			1異常なし 2軽度異常 3要生活改善・再検査 4要精密検査・治療 5治療中			
胸 部 X 線			※ 所見ありの場合は、肺又は肺外の いずれかに○をつける			所見あり (肺 ・ 肺外) 所見なし		1異常なし 2軽度異常 3要生活改善・再検査 4要精密検査・治療 5治療中		
身 体 計 測		身長	cm	体重	kg	腹囲	cm	1異常なし 2軽度異常 3要生活改善・再検査 4要精密検査・治療 5治療中		
		B M I (体格指数)		体脂肪率		%				
視 力 検 査		右	裸眼 (矯正)		左	裸眼 (矯正)				
聴 力 検 査 ※ 数値(dB)又は所見の 有無を記入		右 1000	dB	所見 (あり なし)		左 1000	dB	1異常なし 2軽度異常 3要生活改善・再検査 4要精密検査・治療 5治療中		
		右 4000	dB	所見 (あり なし)		左 4000	dB	所見 (あり なし)		
血 圧 測 定		最高血圧 (収縮期)		mmHg		最低血圧 (拡張期)		mmHg 1異常なし 2軽度異常 3要生活改善・再検査 4要精密検査・治療 5治療中		
尿 検 査		尿 糖				－ ± ＋ 2＋ 3＋				1異常なし 2軽度異常 3要生活改善・再検査 4要精密検査・治療 5治療中
		尿 蛋 白				－ ± ＋ 2＋ 3＋				
		尿 潜 血				－ ± ＋ 2＋ 3＋				
血 液 検 査	貧 血		赤血球数		× 10 ⁴ /μL		血色素量 (ヘモグロビン)		g/dL 1異常なし 2軽度異常 3要生活改善・再検査 4要精密検査・治療 5治療中	
	肝 機 能		A S T (GOT)	U/L	A L T (GPT)	U/L	γ-GTP (γ-GT)	U/L	1異常なし 2軽度異常 3要生活改善・再検査 4要精密検査・治療 5治療中	
	血 中 脂 質		(空腹時)中性脂肪 (トリグリセライド)		mg/dL		LDLコレステロール		mg/dL 1異常なし 2軽度異常 3要生活改善・再検査 4要精密検査・治療 5治療中	
			HDLコレステロール		mg/dL					
	血 糖		(空腹時)血糖		mg/dL		HbA1c (ヘモグロビンA1c)		% 1異常なし 2軽度異常 3要生活改善・再検査 4要精密検査・治療 5治療中	
	膵 機 能		ア ミ ラ ー ゼ				U/L 1異常なし 2軽度異常 3要生活改善・再検査 4要精密検査・治療 5治療中			
	腎 機 能		ク レ ア チ ニ ン(CRE)				mg/dL 1異常なし 2軽度異常 3要生活改善・再検査 4要精密検査・治療 5治療中			
			eGFR				mL/min/ 1.73m ² 1異常なし 2軽度異常 3要生活改善・再検査 4要精密検査・治療 5治療中			
尿 酸		尿 酸				mg/dL 1異常なし 2軽度異常 3要生活改善・再検査 4要精密検査・治療 5治療中				
心 電 図		所見あり () 所見なし 1異常なし 2軽度異常 3要生活改善・再検査 4要精密検査・治療 5治療中								
採血時間 ※食事10時間以降の採血の場合は空欄		その他(がん検診結果など)(法定項目以外の健診結果で、特に報告することがあれば 記入してください(任意))								
食後 時間										
総合判定		※上記判定区分のうち、「治療中」「判定不能」を除く一番重いものに ○をつける 異常なし 軽度異常 要再検査・生活改善 要精密検査・治療								

【 岐阜県教育委員会 担当者窓口 】 住所：〒 500-8570 岐阜市藪田南2-1-1 教育総務課福利厚生室 健康管理・公務災害係 TEL：058-272-1111(内線:8612) ※直通：058-272-8902	上記のとおり診断しました。 令和 年 月 日 医療機関所在地： 医 療 機 関 名： 医 師 名：
--	---

令和 9 年度採用

受診前に本人が作成

受診先の医療機関に記入を依頼

- 血液検査

総合判定

醫師 名：○○ ○○