

職員健康診断票（写）

学校名		職名		性別	
氏名		生年月日		年	月 日生
健康診断 年月日	年 月 日	結 核	ツベルクリン 反応検査		
身長			BCG接種		
体重			間接撮影 所見		
視力	右				
	左				
聴力	右				
	左				
血圧			直接撮影 所見		
その他の 疾病及び 異常					
指導区分			核	赤血球沈降 速度検査	
		喀痰検査			
事後措置		核	聴診、打診 その他の 検査		
			病名		

この写しは、職員健康診断の記載事項と相違ないことを証明します。

年 月 日

校園長

印