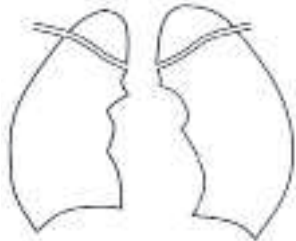


※健康診断を実施している医療機関をご受診ください。
 ※必須検査項目は血圧、尿検査、胸部X線の3項目です(太枠内、必須と記載)。
 ※職リハ応募締め切り日の前6ヶ月以内に実施した他の健康診断の結果の写し(コピー)をこの様式に代えて提出することができます。

健康診断書

氏名			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:	
	※視野障害、眼疾のある方は、別途資料を添付してください。		※聴覚に障害のない方は正常を○で囲んでください。				
補装具等 (有・無)	※使用している場合、種類		聴力	正 常			
	義足 義手			※聴覚に障害のある方のみ聴力をご記入ください。			
	杖(形状:)			右	dB	左	dB
	車いす(手動 電動)		X線 (必須) (異常 有・無)	所 見			
	下肢装具 [長 短 その他:]			[] 			
	補聴器(右 左 両方)		令和 年 月 日撮影				
	白杖						
	その他 []						
てんかん (有・無)	※有の場合		その他 (有・無)	職リハセンター入所後、通院加療を必要とする疾患、職業訓練に配慮を要する疾患等			
	①発作の型 ()			(精神疾患、高次脳機能障害、感染症、生活習慣病、褥瘡等)			
	②発作の頻度 (回/年)		※有の場合				
	③直近の発作 (年 月 日)		疾患等 []				
	④服薬 ()		服薬 []				
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			
	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

切り取り線

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