(様式第４号)

福島県公立学校任期付、臨時的任用職員等

身　体　検　査　書

現住所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏　名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

昭和・平成＿＿＿年＿＿＿月＿＿＿日生

1　身　　長　＿＿＿＿＿＿cm

2　体　　重　＿＿＿＿＿＿kg

3　視　　力　(裸眼)右　　左　＿＿＿　(矯正)右　　左　＿＿＿

4　聴　　力　右　　左　＿＿＿　　X線検査（**直接撮影**）

5　呼　吸　器　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿



6　四　　肢　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

7　現在の疾病　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　(所見)

8　主な既往症　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

9　総合判定及び　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿
　総合所見　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

上記のとおり証明します。

令和＿＿年＿＿月＿＿日

医療機関名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

所　在　地＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

医師氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　印

（自筆署名の場合、押印は不要）