【様式３】

診　断　書

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 氏　　名 |  | 性　　別 | 男 ・ 女 |
| 生年月日 | 平成　　　　年　　　　月　　　　日生 | 年　　齢 | 満 　　 歳 |
| 現 住 所 | 〒　　　　　－ | | |

|  |  |
| --- | --- |
| 血圧及び血液型 | 血圧　　　　　／　　　　　　血液型　　　　型ＲＨ |
| 血中脂肪・肝機能等 |  |
| ※１　麻しん・風疹  水痘・ムンプス | 麻しん（ ＋ ・ ± ・ － ） 風疹（ ＋ ・ ± ・ － ）  水痘（ ＋ ・ ± ・ － ）　ムンプス（　＋ ・ ± ・ － ） |
| 胸部（Ｘ線）診断所見 |  |
| 心電図診断所見 |  |
| 尿所見 | 糖（　　　）　・　潜血（　　　）　・　蛋白（　　　） |
| 身長及び体重 | 身長　　　　　　　ｃｍ　　　体重　　　　　　　ｋｇ |
| 裸眼（矯正） | 右　　　　（　　　　）　　　　左　　　　（　　　　） |
| 既往歴 |  |
| 特記事項 |  |

上記のとおり診断する。

令和　　　年　　　月　　　日

医師の属する病院の所在地

医師の属する病院名

医師の氏名

※１　麻しん等感染症の抗体検査項目の実施に関しては、各消防本部の任意とする。

※　　労働安全衛生規則第４３条の規定に基づいて、各消防本部が雇入れ時に実施した健康診断の結果のコピーでも可とする。

※　　心電図及び生化学検査書を各１部添付すること。（コピー可）

※　　特記事項欄には、既往歴等がある場合、長期間の学校生活に対する支障の有無について明記すること。