


第5号様式(第10条)

教職員採用候補者健康診断票

※太枠の中のみ本人が記入してください。

受験区分		ふりがな				
受験番号		名 前				
住 所				連絡先 (携帯電話等)		
生年月日	昭和 平成	年	月	日 (受診日現在	性別	男・女
女性のみ記入してください。 (該当する項目に○をつけてください)						妊娠中ですか (はい・いいえ・どちらとも言えない)
現在通院中、もしくは過去に入院、通院したことのある病気やけがについて、病名とかかった時の年齢を記載し、該当する□にチェックをしてください。						
病 名	かかった時の 年齢	治癒	経過 観察中	治療中 (治療内容を記載してください)		
	歳	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 治療内容：		
	歳	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 治療内容：		
	歳	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 治療内容：		
特記事項など						

身 長		・	cm	聴力 (会話域)	<input type="checkbox"/> 正 常
体 重		・	kg		<input type="checkbox"/> 所見有 ( )
B M I (小数点第1位まで)		・	※ BMI=体重(kg)÷身長(m)÷身長(m)		① / ② /
視力	右 裸眼・矯正 (いずれかに○) .			胸部X線 (直接撮影)	 年 月 日
	左 裸眼・矯正 (いずれかに○) .				
尿検査 (○をつける)	糖 - ± + ++ +++				
	蛋白 - ± + ++ +++				
総合所見	※所見有の場合に記入				
<input type="checkbox"/> 所見無 <input type="checkbox"/> 所見有				結核の疑い	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有

検査の結果、上記のとおり相違ありません。

年 月 日  
医療 (検査) 機関名  
住所  
連絡先 (電話)  
医師名 印

## 健康診断受診上の注意

### 【現在、横浜市立学校にて勤務されている方へ】

□令和7年4月以降に横浜市教育委員会が実施した定期健康診断を受診した場合は、

①定期健康診断結果の写し

②自己記入欄（太枠内）のみ記入した当健康診断票

の2点を提出してください。10月1日以降に改めて受診する必要はありません。

□上記健診の受診が提出期限以降になる場合は、その旨を記載したメモ（A4用紙使用、様式不問、受診予定日の記載は必須）を他の書類の提出時に同封し、結果が到着次第速やかに提出してください。

- 1 必ず「教職員採用候補者健康診断票」を使用して受診してください。
- 2 受診する医療機関の指定はありませんが、医療機関によっては受診項目の健診を行っていないことがあります。事前によく確認してから受診してください。
- 3 受診する医療機関によっては、受診日が限られていたり、診断結果の交付までに時間を要したりすることがあります。事前によく確認の上、提出期限に遅れないようにしてください。
- 4 上記枠内の該当者以外は、令和7年10月1日以降に受診してください。
- 5 胸部X線検査の結果は、健康診断票に確実に記入してもらってください。また、所見がある場合は、必ずスケッチを記載していただけるよう、医師に依頼してください。  
なお、健康審査をする上で必要と認めた場合は、後日、胸部X線検査データの提出を求めることがあります。その際の受診医療機関とのやりとり、郵送料、また返却を要する際の返信用封筒の準備等は、各自の負担となりますので御了承ください。  
また、受診医療機関にもあらかじめ了解を取っておってください。
- 6 受診の際の費用は自己負担となります。
- 7 健康診断票上段太枠内は御本人が記入してください。現在通院中、もしくは過去に入院、通院したことのある心身の病気やけがについては、もれなく記入してください。特に治療中の場合は、治療内容を御本人に確認することがあります。また、治療を中断している場合は特記事項にその旨記載してください。連絡先欄には、日中連絡可能な携帯番号等を御記入ください。健康診断票の記載内容について、お問い合わせさせていただくことがありますので御了承ください。
- 8 健康診断票の受診項目、記載事項に不備又は記入漏れがないか確かめてから提出してください。