

健康診断書

(ふりがな)			
氏名			住所
生年月日	昭和・平成 年 月 日 (歳)		
異常項目・内容			
障害の種類	<input type="checkbox"/> 身体障害 等級・部位 ()		
	<input type="checkbox"/> 知的障害 等級 () 特記 ()		
	<input type="checkbox"/> 精神障害 等級 () 特記 ()		
	<input type="checkbox"/> 発達障害 名称 ()		
	<input type="checkbox"/> その他 ()		
障害の療養経過			
てんかん	発作の有無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	発作のタイプと頻度	発作時の対応及び処置
	最終発作 ()歳頃		
服薬	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	薬名	
通院の必要性・頻度			
障害起因の症状による緊急対応の有無、内容	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		
寮生活及び職業訓練受講における配慮事項(アレルギー等も含む)			
就業に対する総合意見(必要となる個別の配慮等)			
上記のとおり診断する			
年 月 日			
所在地			
医療機関名			
医師氏名			印

※身体障害者手帳、療育手帳、精神障害者保健福祉手帳を持参の上、障害に関する診療を受けている医療機関（受けていない場合は最寄りの内科等の医療機関）に記入を依頼してください。

※現在、障害以外の病気等で医療機関にかかっている方、服薬中の方は、該当する科にて診断書（診断名、病状経過、治療内容、服薬の有無等）を記載していただき、あわせて提出願います。診断書の様式は問いません。

※個人情報については、「静岡県個人情報保護条例」により取り扱い、入校選考及び訓練以外に使用することはありません。