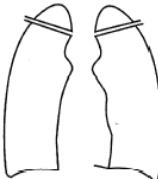


健康診断書

[確認] かかりつけの医療機関ですべての項目が網羅できない場合は、不足部分を別の医療機関で受診してください。健康診断書（本用紙）は複数枚になっても構いません。

| | | | | | | | | |
|---|-------------------|---|-----------|--------------------|---|--|---|-----|
| ふりがな | | | | 性別 | | 生年月日 | 年 月 日 | |
| 氏名 | | | | | | | | |
| 基本項目 | 身長 | cm | 視力 | 左右 (矯正) (矯正) | 聴力 | 左右 d B d B | | |
| | 既往症 | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 ※「有」の場合はご記入ください。 〔 〕 | | | 胸部X線検査 | 直接・間接撮影日 (年 月 日) | | |
| | アルギーヤ 喘息、感染症など | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 ※「有」の場合はご記入ください。 〔 〕 | | | | 内臓疾患所見 〔 〕 | | |
| | 血圧 | 最高 () | 検尿 | たん白 () 糖 () | | |  | |
| 障がいに関する項目 | 診断名 (障がい名) | 発症及び受障年月日 () | | | <input type="checkbox"/> 交通災害 <input type="checkbox"/> 労働災害 <input type="checkbox"/> その他の事故 | <input type="checkbox"/> 先天性 <input type="checkbox"/> 周産期 <input type="checkbox"/> 疾病 | <input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/> 不詳 | |
| | 疾病状況 | | | | | | | |
| | 治療内容 | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 ※「有」の場合はご記入ください。 〔 〕 | | | 合併症 または 二次障害 | <input type="checkbox"/> 有 () <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不詳 | | |
| | 通院状況 | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 ※「有」の場合はご記入ください。 〔 〕 | | | | <input type="checkbox"/> 義足 <input type="checkbox"/> 義手 <input type="checkbox"/> 下肢装具 <input type="checkbox"/> 杖 () <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/> 無 | | |
| | 服薬状況 | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 ※「有」の場合はご記入ください。 〔 〕 | | | 補装具の種類 | | | |
| | 総合所見 | 職業訓練の受講可能性 | 十分可能 | 可能 | | ある程度可能 | 困難 | 不可能 |
| 企業等での就業可能性 | | 見込まれる | どちらともいえない | 見込めない | | | | |
| ※ 職業訓練において、移動面、生活技能面、体調管理面、コミュニケーション面、集団生活面等における留意事項と対処方法についてご記入ください。 | | | | | | | | |

※ 寄宿舎入舎を希望する方のみ、ご記入ください。

| | | | |
|-----------|--|--|--|
| 寄宿舎に関する項目 | 寄宿舎生活 | 集団生活 <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可 | 服薬の自己管理 <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可 |
| | | 共同利用（トイレ、食堂、風呂） <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可 | 自傷行為 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 |
| | ※ 寄宿舎生活において、移動面、生活技能面、体調管理面、コミュニケーション面、集団生活面等における留意事項と対処方法についてご記入ください。 | | |
| 総合所見 | | | |

以上のとおり診断する。

年 月 日

医療機関名

所在地

診療科名

医師氏名(自署又は押印)

印

《医療機関の方へ》

健康診断書の発行にあたり、以下をご参照ください。

訓練生の適切な健康管理と安定した訓練生活を図るために、現在の症状をご教示いただくとともに、医師の見地から以下の事項についてのご意見を、健康診断書の「総合所見」欄に、ご記入いただきますようお願いいたします。

- 集団による1年間の職業訓練の受講が可能か
- 寄宿舎生活での集団生活及び自立生活が可能か（寄宿舎の利用を希望の方のみ）

なお、貴機関で診断書項目の中で、診断できないものは空欄でかまいません。

【訓練の概要】

- ・本校では、土日祝日を除く毎日、午前9時から午後3時45分（4月～5月中旬までは午後2時45分）まで、職業訓練を行います。
- ・期間は1年間（1,401時間）です。
- ・学科、実技それぞれ80%以上の訓練に出席する、かつ、技能及びこれに関する知識が修了に値する場合に修了が認められます。
- ・主に室内において、集団で学科及び実技などの訓練を受講します。
- ・各訓練科の主な訓練内容は次のとおりです。

| 訓練科名 | 主な訓練内容 | |
|----------|---------------------|---------------------------|
| 基礎実務科 | パソコン訓練、介護・清掃訓練、販売訓練 | 社会適応訓練 職場体験・職場実習 体育 |
| OAビジネス科 | パソコン訓練、簿記訓練、物流訓練 | |
| Webデザイン科 | パソコン訓練 | |

【寄宿舎の概要】

- ・寄宿舎は集団生活及び自立生活ができる方を対象としています。
- ・部屋は個室ですが、風呂、トイレ、洗面所、食堂は共用となります。
- ・ゴールデンウィーク休校、夏季休業、冬季休業など、本校が長期に閉校している期間は寄宿舎の利用はできません。
- ・寄宿舎には舍監及び寄宿舎指導員はおりますが、医療の専門スタッフはおりません。
- ・集団生活のため、起床や就寝時間、外出時間等のルールが決められています。

[問い合わせ先]

岐阜県立障がい者職業能力開発校 訓練部
TEL 058-201-4511/FAX 058-231-3760