

病気休暇（結核性疾患）期間延長願

校長の場合は市町村

令和 ○ 年 ○ 月 ○ 日

いわき市教育委員会教育長 様  
いわき市立△△中学校長 様

校 名 いわき市立△△中学校  
職 名 教諭  
氏 名 岩 城 浩 二  
(職員番号) (535353)

私こと、下記により病気休暇期間を延長していただきたく必要書類を添えてお願いします。

記

1 病 名 肺結核

2 休 暇 発 令 期 間 令和 ○ 年 ○ 月 ○ 日より ○○ ヲ月

3 延 長 希 望 期 間 令和 ○ 年 ○ 月 ○ 日より ○○ ヲ月

新たに希望する期間

令和 ○ 年 ○ 月 ○ 日

いわき市立△△中学校長 ○○○○



病休職員経歴表

記名押印又は署名

在 職 所属名	いわき市立 △△中学校	職名	教諭	岩 城 浩 二 ( 51 歳)	生年 月日	令和 ○ 年 7 月 15 日
------------	----------------	----	----	--------------------	----------	--------------------

勤務年数及び結核性疾患に関する病気休暇・休職等の状況  
(最終修飾語現在までのもの)



勤務年数 (○年○月)

- R ○ . ○ . ○ ○○●立○○中学校 (○年 )
- R ○ . ○ . ○ △△●立△△△中学校 (○年 )
- R ○ . ○ . ○ ◇◇●立◇◇中学校 (○年 )
- R ○ . ○ . ○ いわき市立△△中学校 (○年 月)

結核性疾患精密検査証明書

住 所 〇〇市〇〇町56-7番地  
氏 名 岩 城 浩 二  
生年月日 令和 〇 年 7 月 15 生

△ ツベルクリン反応検査

×  
————— (－) (＋) (±) (●) (◎)  
×

BCG接種（陰性または疑陽性の場合実施する）

▲ X線検査所見

直接撮影

▽ 試験検査

◇ 赤沈測定 1時間 mm 2時間 mm

◆ 喀痰検査 陰 性

陽 性 (ガフキー第 号)

▼ 判定及び理由

上記のとおり診断する。

令和 〇 年 〇 月 〇 日

医療機関名 医療法人〇〇会〇〇病院

医師氏名 〇 〇 〇 〇



令和〇年〇月〇日

療養経過報告書

令和〇年〇月〇日

福島県教育委員会教育長 様

校名 いわき市立△△中学校

職名 教諭

氏名 岩城 浩二  
(職員番号) (535353)

私は、結核性疾患のため病院において療養中ですので下記のとおり療養経過報告書を提出します。

副 申 書

令和〇年〇月〇日

福島県教育委員会教育長 様

病院、自宅等

所属長 いわき市立△△中学校長 ○○○○



上記の者は、結核性疾患のため病院において療養中ですが、このたび療養経過報告書を提出しましたので副申します。

診 断 書

患者名 岩城 浩二 年齢 51 歳

X線所見 (詳細に記載してください。)

治療経過及び今後の治療方針  
(詳細に記載してください。)

平成〇年〇月〇日  
(撮影・直接・透視・断層)

入院

自宅



赤 沈 ~  
肺活量 CC  
体 重 kg

月日	月日	月日	月日	月日	月日
塗培	塗培	塗培	塗培	塗培	塗培

上記のとおり診断する。

令和〇年〇月〇日

医療機関名 医療法人〇〇会〇〇病院

医師氏名 ○ ○ ○ ○

