


第2号様式（第1条関係）

健康診断書

氏名				性別	男・女	
生年月日	年	月	日	身長	cm	
				体重	kg	
既往歴	病名 病期間 年 月～ 年 月					
視力	左	矯正	左	X線写真所見	間接・直接 ( 年 月 日撮影)	
	右	視力	右			
眼疾	有( )・無				所見	
色覚	正常・異常					
聴力	左	正常・やや難聴・難聴				
	右	正常・やや難聴・難聴				
耳疾	有( )・無					
精神状態・言語				腹部所見		
鼻及び咽喉頭				四肢		
血圧	～ mmHg			皮膚病		
その他の検査				検尿		
判定						
<p>上記のとおり診断します。</p> <p>年 月 日</p> <p>所在地 医療機関名 医師氏名</p> <p style="text-align: right;">㊟</p>						

(注) 申請の日前2月以内に作成したものであること。