


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。