


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		所見		
眼疾	有()・無						
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 style="text-align: center;">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。