

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 　　　　　　　　　　　　り病期間 　　　　　年 月～ 　　　　　年 月				
ツベルクリン 反 応	陽性（ 　　　　　年陽転）・疑陽性・陰性		B C G 最 終 接 種		年 月
視 力	左	矯 正	左	間接・直接 (年 月 日撮影)	
	右	視 力	右		
眼 疾	有 (　　　　　　　　　　　) ・無			X線写真所見	所 見
色 覚	正常・異常				
聴 力	左	正常・やや難聴・難聴			赤 沈 検 査
	右	正常・やや難聴・難聴			
耳 疾	有 (　　　　　　　　　　　) ・無			1 時間値 　　　　　　　　　mm 2 時間値 　　　　　　　　　mm (年 月 日検査)	
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。 年 月 日</p> <p style="text-align: right;">所在地 医療機関名 医師氏名 ㊞</p>					

(注) 申請の日前2月以内に作成したものであること。