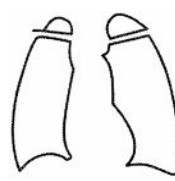


第2号様式（第1条関係）

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 年 月～ 年 月					
ツベルクリン反応	陽性( 年陽転)・疑陽性・陰性			BCG最終接種		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			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	1時間値 mm	
	右	正常・やや難聴・難聴			2時間値 mm	
耳疾	有( )・無			( 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。</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。