様式第３号（第２条第４号関係）

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　　　　　　　　　　　　　期間　　　　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 | | 矯正視力 | | 左 | | | X線写真所見 | | 間接・直接  （　　年　　月　　日撮影） | | |
| 右 | | 右 | | |
| 眼疾 | 有(　　　　　　　　　　)・無 | | | | | | | 所見 | |  |
| 色神 | 正常・赤緑色弱・赤緑色盲・全色盲 | | | | | | |
| 聴力 | 左 | 正常・やや難聴・難聴 | | | | | |
| 右 | 正常・やや難聴・難聴 | | | | | | 赤沈検査 | | 1時間値　　　　　　　　mm  2時間値　　　　　　　　mm  （　　年　　月　　日検査） | | |
| 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 | |  | | | | | | | | | | |
| 上記のとおり診断します。  　　　　　　　　　　年　　　月　　　日  所在地  医療機関名  医師氏名　　　　　　　　　　　　印 | | | | | | | | | | | | |

　注　申請の日前２月以内に作成したものであること。