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　　　　　　　　mm2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。