


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	左	X線写真	間接・直接 ( 年 月 日撮影)	
	右	視力	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		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						
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。