

様式第2

健 康 診 断 書

| | | | | | | | | |
|---|------------------------------|-----|---------------------------------|-----|-----|--------|-------------|-----|
| 氏 名 | | | | | 男・女 | 年 月 日生 | | |
| 現住所 | 鹿児島市 | | | | | | | |
| 計 測 | 身長 | cm | 体重 | kg | 胸 囲 | cm | 視 力 (矯正) | 右 左 |
| | 聴 力 | 右 左 | 血 圧 | 高 低 | 脈 搏 | | 言 語 その他 | |
| 既往症 | 結核性疾患 精神病及び慢性中毒 その他の疾患 | | | | | | | |
| 現 在 の 病 気 | 結核性疾患 | | X線所見(年 月 日撮影) | | | | | |
| | その他の伝染性疾患 | | (特に梅毒反応) | | | | | |
| | 精神疾患 | | | | | | | |
| | その他の疾患 | | | | | | | |
| 機能障害の有無 | | | | | | | | |
| 医師の所見 | | | 1 自分で十分日常生活を行える 2 日常生活に支障がある | | | | | |
| 上記のとおり診断します。 <p style="text-align: right;"> 年 月 日 住 所 医 師 (印) </p> | | | | | | | | |