別紙２

|  |
| --- |
| **健　康　診　断　書** |
|  氏　名 |  | 生年月日 | 　　 　　年　　月　　日生 |
|   現住所 |  |
| 診　　断　　事　　項 |
| 胸部エックス線検査 |  エ　ッ　ク　ス　線　像 | 視力（矯正） | 右 |  ．　（　　．　　） |
| 左 | ．　（　　．　　） |
|  直　接 間　接　撮影年月日（　　　　　　） 撮影番号 （　　　　　　） | 眼疾患 | 無 ・ 有（　　　　　　） |
| 聴力 | 右 | 所見無し・所見有り |
| 左 | 所見無し・所見有り |
| 運動機能 |  |
| 言語機能 |  |
| 呼吸器疾患 |  |
| 皮膚疾患 |  |
| 神経系疾患 |  |
| 所見 |  | その他の疾病及び異常 |  |
| 既往症 |  |
| 総合所見 |  |
| 上記のとおりであることを証明します。 令和　　年　　月　　日 住所（所在地）  医療機関名 医師の氏名 ㊞ |