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 ㊞ | | | | | | |