様式２

健　康　診　断　書

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 住　　所 | |  | | | | |
|  | |  | | 性　　別 | | 男　・　女 |
| 生年月日 | | 年　　　月　　　日生 | | 年　　齢 | | 歳 |
| 既往歴 | |  | 言語 | |  | |
| 自覚症状 | |  | 感染性疾患 | |  | |
| 身長 | | .　　㎝ | 神経系の疾患 | |  | |
| 体重 | | .　　kg | 循環器の疾患 | |  | |
| 視力 | | 右　　　（　　　） | 消化器の疾患 | |  | |
| 左　　　（　　　） | 全身病 | |  | |
| 色覚 | |  | 泌尿器の疾患 | |  | |
| 眼疾 | |  | 皮膚の疾患 | |  | |
| 聴力 | | 左（　　　）右（　　　） | 関節、運動器等の疾患 | |  | |
| 耳疾 | |  | 家族歴 | |  | |
|  | |  |  | |  | |
| 胸部Ｘ線及びその他の所見 |  | | | | | |

　　上記のとおり診断する。

　　　　　　年　　月　　日

　　　　　　　　　　　　　　　　医療機関名

　　　　　　　　　　　　　　　　診断医師名　　　　　　　　　　　　　　　印