

様式第3号（第2条関係）

健 康 診 断 書

住 所			
氏 名		性 別	男 ・ 女
生年月日	年 月 日	生	年 齡
身 長	. c m	言 語	
体 重	. K g	感 染 性 疾 患	
視 力	右 ()	神 経 系 の 疾 患	
	左 ()	循 環 器 の 疾 患	
色 神		消 化 器 の 疾 患	
眼 疾		全 身 病	
聴 力	左 () 右 ()	泌 尿 器 の 疾 患	
耳 疾		皮 膚 の 疾 患	
既 往 症		関 節 、 運 動 器 等 の 疾 患	
家 族 歴		その他の検査	
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

備考

- 1 提出前1箇月以内に診断したものであること。
- 2 医療機関が定める健康診断書で上記様式の診断項目が満たされているものは、上記様式に代えることができます。