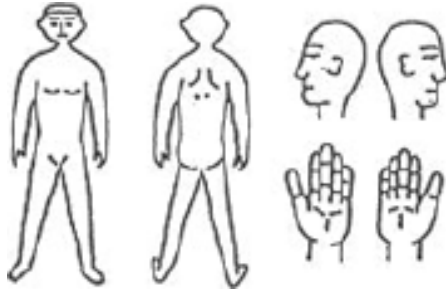


様式第2号(第6条及び第8条)

健 康 診 断 書

氏 名		男・女	生年月日	年 月 日
身 長	cm		既 往 症	
体 重	kg		胸部X線検査	
視 力	左 () 右 ()	尿中の糖及び 蛋白の有無 (40歳以上の者)		
聴 力	左 右	自覚症状及び他 覚症状の有無		
血 圧	最高 最低			

※次の1から5までの事項については障がいのある方のみ記載すること。

1 診断名	原因	
2 四肢躯幹の変形欠損及び機能障がいの状況		
3 病状の動静(固定、進行)		
4 臓器疾患の有無		
5 精神障がいの有無		

就業に対しての総合意見(必ず記載すること)

上記のとおり診断する

令和 年 月 日

住 所
医 師
氏 名
(署名又は記名押印)