## 様式第2号(第1条関係)

## 健康診断書

氏	7				性別男・		女	生年月日			年	月		日	
身	Air.			cm				体		重				kg	
既 往 歷	歪	病	名	り患期間				年月			]~	年 月			月
ツベルクリン 反		陽性	(	年陽転)	• 疑陽(	生・陰性	В	CG昴	<b></b> 長終接	種			年		月
視力		左		<b>矯</b> 正	左						間接・直接				
		右		視力	右			X線写真所見			(年	年 月 日撮			影)
眼	Ę	有	(		)・無							Ť	9	2	
色 礻	Þ	正常	常・赤緑色	弱・赤絲	弱・赤緑色盲・全色盲						所 見				
聴力		左	正常	· \$4	学難聴	• 難聴						Ť			<b>&gt;</b>
		右	正常	. \$4	学難聴	• 難聴	+	\ul	ΤV		1時間値			m	
耳	Ĕ	有	(			)・無	赤	沈	検	查	2 時間値	l 月		m 日検	
精神状態·言語							腹	部	所	見					
鼻及び咽喉頭							四			肢					
血 圧				~		mmHg		皮 膚 病							
その他の検査							検			尿					
判		定													
上記のとおり診断します。 年 月 日															
所 									在 地 孫機関名						
				医師氏名										Œ	

(注) 申請の日前2月以内に作成したものであること。