

様式第3号 (第4条関係)

健康診断書

住 所	〒					
氏 名			男・女	年 月 日生		
身 長	cm		体 重	kg	胸 囲	cm
視 力	右	普通・弱視	聴 力	右	普通・やや難聴・難聴	
	左	普通・弱視		左	普通・やや難聴・難聴	
	(眼鏡の使用 有・無)			(補聴器の使用 有・無)		
血液検査	B型肝炎		C型肝炎		血 圧	
検 便	(寄生虫卵)					
	(細菌培養)					
検 尿	蛋白 ()	糖 ()	ウロビリノーゲン ()			
X線所見	異常なし			異常あり		
既 往 症						
集団生活 に支障と なる疾患						
そ の 他 特記事項						
<p>上記のとおり診断証明する。 年 月 日 診断機関の名称</p> <p style="text-align: right;">医師氏名 印</p>						