第２号様式

健　康　診　断　書

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ふりがな  氏　　名 |  | | | 出身学校 |  |
| 生年月日 | 年　　 　月　 　　日 | | | 卒業年月 | 年　　 月 　卒業 |
| 視　　力 | | 右 | （　　　　　　） | | |
| 左 | （　　　　　　） | | |
| 聴　　力 | | 右 | 異常なし ・ 難聴 | | |
| 左 | 異常なし ・ 難聴 | | |
| 胸部レントゲン | | | 直接撮影　　・　間接撮影　　（フィルム番号　　　　　　） | | |
| 所　見　（　異常なし　・　要管理 ） | | |
| 疾病及び健康に配慮を  要する事項 | | |  | | |
| 上記のとおり相違ないことを証明する。    年　　　月　　　日  所在地  名　称  医　師　　　 印 | | | | | |
|