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  |
|