別記第２号様式

健　康　診　断　書

氏　名		男 女	生年月日　　年　　月　　日	
住　所				
身　長		・　cm	ツベルクリン反応	最終ツベルクリン反応　　年　月 －　±　＋　BCG　陽転
体　重		・　Kg		
眼	視力 右	．　（　．　）		最終BCG接種年月　　年　月
	視力 左	．　（　．　）		
	色神	正常　色弱（　）　色盲（　）	エックス線所見	間接 直接 異常なし　　要精密
血　圧				
主な既往症		肺結核　歳　心疾患　歳 ろく膜炎　歳　じん炎　歳 気管支ぜん息　歳　てんかん　歳 その他　歳　（　）		
その他の診断事項			総合判定	

検査結果上記のとおり診断します。

平成　　年　　月　　日

所在地

名　称

医師氏名　　㊞

(注) 1. 診断書は、願書提出前おおむね６箇月以内のものであること。
2. 学校、職場等で実施した診断書の写しをもってこれに代えて差し支えありません。
3. 記入は、黒インク又は黒ボールペンを用い、かい書で書いてください。