様式／Form２（第３条関係）

No.

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 健康診断書  MEDICAL REPORT | | | | | | | |
| ふりがな  氏名  Full Name | |  | 男  女  Sex | 国籍  Nationality |  | | |
| 生年月日  Date of Birth | 年　　　月　　　日生 | | |
| 身長  Height | | ㎝ | 既往歴 | マラリヤ  Malaria |  | コレラ  Cholera |  |
| 体重  Weight | | ㎏ | 天然痘  Smallpox |  | 性病  Venereal Diseases |  |
| 視力 | 右  Right | 裸眼 矯正  Uncorrected Corrected to( ) | 結核  Tuberculosis |  | その他  Others |  |
| 左  Left | 裸眼 矯正  Uncorrected Corrected to( ) | ツベルクリン反応  Tuberculin  Test | ＋　　　±　　　－  （陽性　　年　　月） | | |
| 色覚  Color  Vision | |  | BCG最終接種  Last inocuta-tion of B.C.G. | 年　　月  Date | | |
| 眼 疾 患  Eyes | |  | 尿  Urinalysis | | 蛋白　糖　ＰＨ　潜　血  Protein Sugar ＰＨ Occult blood  ( ) ( ) ( ) ( ) ( ) | | |
| 耳鼻疾患  Ears. Nose ＆ Throat | |  | 血圧  Blood Pressure | | 最高　　　　　　　最低  Maximum Minimum  mmHg mmHg | | |
| 聴力  Hearing | |  | 脊柱四肢の異常  Spine ＆ Limbs | |  | | |
| 聴打診所見  Ausculation ＆ Percus- sion | |  | その他の疾病異常  Other Diseases | |  | | |
| Ｘ線所見 | 撮影年月日 撮影年月日　　　　年　月　日  Type of photography 　　　　Date  直接  Direct  間接  Indirect (Off the Screen) | | | | | | |
| 上記のとおり診断する。  I hereby certify that, to the best of my knowledge, the above report is correct.  　　　　　年　　月　　日　　　　　住所  Date　　　　　　　　　　　　　Address  医療機関名  Medical Institution  医師氏名  Physician's Name　　　　　　　　　　印 Seal | | | | | | | |