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TuberculinTest | ＋　　　±　　　－（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 |