

第1号様式の2 (要綱第7条関係)

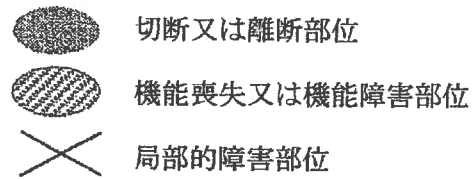
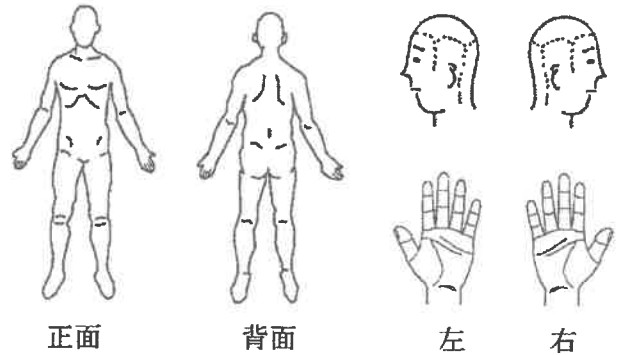
専 門 医 健 康 診 断 書

注 該当の文字を○でかこむこと

ふりがな 氏名	姓 男 住 別 女 所	
	昭・平 年 月 日生( 歳)	

障害名及び身体状況	1 診断名															
	原因	先天性、小児まひ(せき髄性、脳性、先天性) 結核性、疾病、一般災害、産業災害、交通災害 その他( )					負傷又は病 年月日	昭 平 年 月 日 令								
	障害の 現症状	固定・治療中 (服薬中も含む)			精神障害・てんかん等の有無			血液型								
	身長	cm	視力	左	裸視力		矯正視力		聴力	左	正、難、ろう	色	有・無	握力	左	kg
	体重	kg	視力	右	裸視力		矯正視力		聴力	右	正、難、ろう	色	有・無	握力	右	kg

2 四肢、体幹の変形、欠損及び機能障害等の状況



3 補装具の使用状況	義手(左・右)、義足(左・右)、装具(上肢・下肢・体幹)、車いす、つえ、補聴器、ストマ装具、その他( )
------------	--

4 臓器の疾患	5 胸部X線検査(間接)
---------	--------------

6 就業に関する総合的意見

上記のとおり診断する。

令和 年 月 日

病院名及び住所

医師氏名