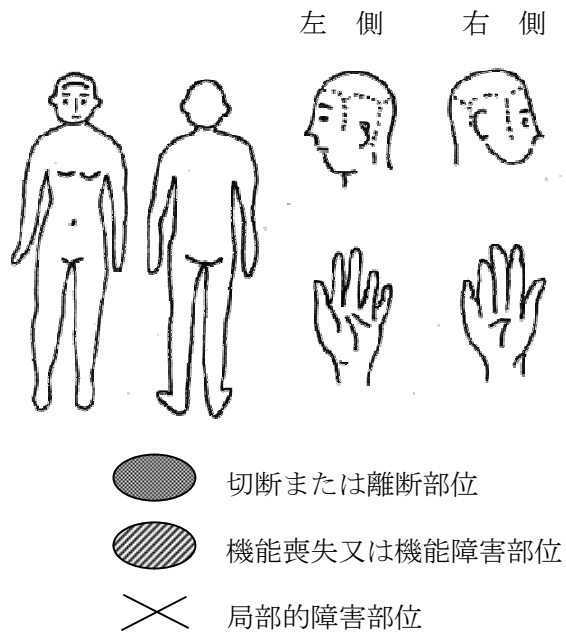


専 門 医 健 康 診 断 書

ふりがな							
氏名		性別	男・女	住所			
	昭・平・令 年 月 日生(歳)						

1 障害者名及び身体状況	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	昭平令 年 月 日							
	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
体重	kg	力	右						右	正、難、ろう	神			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。

年 月 日

住所
診断医師
氏名