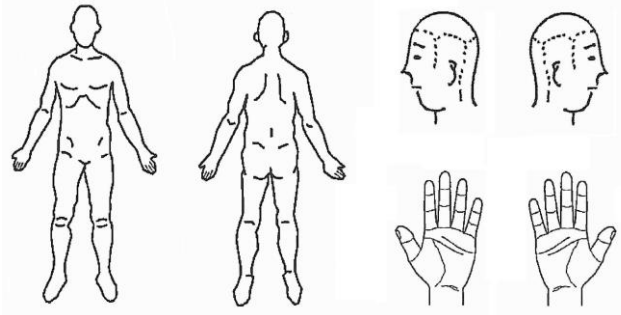





第1号様式の2 (要綱第7条関係)

専 門 医 健 康 診 断 書														
氏名	<small>ふりがな</small>				性 別	男 ・ 女	住 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 はり病 年月日	昭 平 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 神	有 ・ 無	握 力	左
体重	kg	右		右				正、難、ろう		右			kg	
2 四肢、体幹の変形、欠損及び機能障害等の状況														
 <p style="text-align: center;">正面 背面 左 右</p> <div style="display: flex; justify-content: center; gap: 20px; margin-top: 10px;"> <div style="text-align: center;">  <p>切断又は離断部位</p> </div> <div style="text-align: center;">  <p>機能喪失又は機能障害部位</p> </div> <div style="text-align: center;">  <p>局部的障害部位</p> </div> </div>														
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														
病院名及び住所														
医師氏名														
印														

注 該当の文字を○でかこむこと