

診 断 書

住 所 _____

氏 名 _____

生年月日 _____

上の者は、精神の機能の障害・結核・伝染性の皮膚疾患、
その他厚生労働大臣の指定する伝染性疾病を認めない。

所 見			
既往症			
身 長	cm	体 重	kg
視 力	右 矯正()	血液型	型 ・ RH + -
	左 矯正()	色 覚	赤・青・黄色の識別 できる ・ できない
聴 力	右 正常 ・ 異常	眼 疾	無 ・ 有
	左 正常 ・ 異常	皮 膚	異常なし ・ 異常

上記の通り診断いたします。

平成 年 月 日

住 所 _____

医療機関名 _____

医師氏名 _____ (印)