

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。

令和 年 月 日

住 所 _____

医療機関名 _____

医師氏名 _____ (印)