

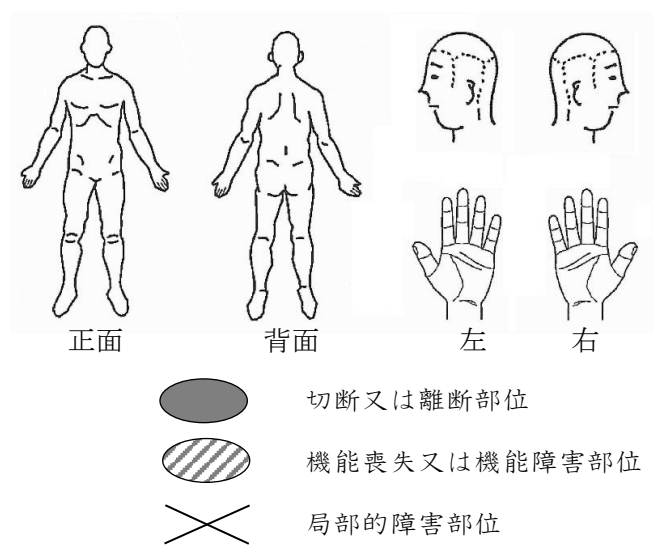
専 門 医 健 康 診 断 書

氏名	ふりがな		性 別	男 ・ 女	住 所	
	昭・平 年 月 日生（ 歳）					

注 該当の文字を○でかこむこと

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			
	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	左	裸		矯正		聴	左	正、難、ろう	色	有・無	握	左	kg
	体重	kg	力	右	視		力		力	右	正、難、ろう	神		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