

# 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)