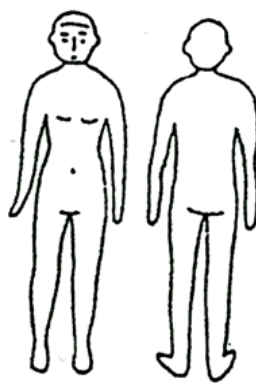




# 専 門 医 健 康 診 断 書

注 該 当 の 文 字 を で か こ む こ と。

氏 名	ふりがな		性 別	男 ・ 女	住 所										
	昭・平 年 月 日生( 歳)														
1 ・ 障 害 名 及 び 身 体 状 況	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 年 月 日 平					
	障 害 の 現 状	固定・治療中 (服薬中も含む)			精神障害・てんかんの有無			血液型							
	身長	cm	視 左	裸 視 力		補 正 視 力		聴 左	正、難、ろう	色	有・無	握 左	kg		
	体重	kg	力 右					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															
<div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="text-align: center;">  </div> <div style="text-align: center;"> <p>左 側      右 側</p>     </div> </div> <div style="margin-top: 10px; text-align: right;"> <p>● 切断又は離断部位</p> <p>▨ 機能喪失又は機能障害部位</p> <p>✕ 局部的障害部位</p> </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				
											住所				
											診断医師				
											氏名				
											印				