様式第3-A号（第2条第4号関係）

健康診断書

受診日　　年　　月　　日

<table>
<tr><td>氏　名</td><td colspan="2">（男・女）</td><td>生年
月日</td><td>年　月　日（　歳）</td></tr>
<tr><td>住　所</td><td colspan="4"></td></tr>
<tr><td>身体計測</td><td>身長＿＿＿＿＿＿cm
体重＿＿＿＿＿＿kg</td><td>尿検査</td><td colspan="2">糖　（　　）
蛋　白（　　）</td></tr>
<tr><td>感覚器系</td><td>視力
右　（　・　）
左　（　・　）
聴力　異常なし・あり</td><td rowspan="4">血液検査</td><td colspan="2" rowspan="4">血沈
１時間値＿＿＿＿＿＿mm
２時間値＿＿＿＿＿＿mm
ＧＯＴ　＿＿＿＿＿＿単位
ＧＰＴ　＿＿＿＿＿＿単位</td></tr>
<tr><td rowspan="3">呼吸器系</td><td rowspan="3">理学的所見　異常なし・あり
胸部Ｘ線直接撮影
肺の異常所見　　なし・あり

フィルムNo.</td></tr>
<tr><td>う歯</td><td colspan="2">未処置歯＿＿＿本・処置歯＿＿＿本</td></tr>
<tr><td>その他必要性を認めて実施した検査結果</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td rowspan="2">循環器系</td><td rowspan="2">理学的所見　異常なし・あり
（心雑音　　なし・あり）
血圧　（mmHg）
（最高）＿＿／＿＿（最低）
胸部ＸＰ心陰影（上図参照）
異常所見　なし・疑い・あり</td><td>既往歴</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td>総合所見</td><td colspan="2"></td></tr>
</table>

上記のとおり診断します。　　年　　月　　日

所　　属：

医師氏名：　　（署名）

様式第 3-B 号（第 2 条第 4 号関係）

CERTIFICATE OF HEALTH

Name of Applicant (in Roman block capitals)_____

Sex（M・F）　　Age_____　　Date of Birth _____-_____-_____

Present Address _____

Height_____(cm) Weight_____(kg)

1. SENSE SYSTEM

Eyesight　Right_____(_____)

Left_____(_____)

Hearing　Normal / Abnormal

2. RESPIRATORY SYSTEM

Medical Judgment Normal / Abnormal

Chest X-Ray Examination

Condition of Applicant's Lungs

Normal / Abnormal

Film No._____

3. CIRCULATORY SYSTEM

Medical Judgment　Normal / Abnormal

(Heart Murmur　Normal / Abnormal)

Blood Pressurizes. _____/_____dia.

Condition of Applicant's Heart

(cf. Above Graph)

Normal / Doubtful / Abnormal

4. URINE TEST

Sugar _____　Protein _____

(please indicate with＋, if you find any disease or abnormality, or with－, if not)

5. BLOOD TEST

Precipitation of Blood

1 hour later _____ mm

2 hours later_____ mm

GOT _____ unit

GPT _____ unit

6. DECAYED TOOTH

Untreated _____　Treated _____

7. Findings of other tests, if any

8. Previous History

9. Total Judgment for Applicant's Health

Name & Title of Physician _____

Address _____

Date _____　　Signature _____