


様式第3号

健 康 診 断 書	
現住所 氏名 生年月日	
既往症(主として結核症) 病名 発病 年 月 日 治癒 年 月 日	X線検査 (透) (間) (直) 所 見 
最終「ツ」反応 年 月 (+) (±) (-)	検査の時 年 月 日 検査の場所
最終BCG接種 年 月	
「ツ」陽性転化 年 月	
上記以外の健康状態 イ 心臓病の有無 ロ 神経、精神病の有無 ハ 畸形、運動器官の障害の有無 ニ 視力、色盲、聴力	
上記のように診断する。 年 月 日 保健所長若しくは 公立病院長氏名	