第2号様式

|  |
| --- |
| 健康診断書 |
| 住　　所 |  |
| 氏名及び生年月日 | 年　　　月　　　日生 |
| 検査疾患 | 検査年月日 | 所　見 |
| 肺結核 | 年　月　日 | 胸部Ｘ線写真所見(フィルム№) | その他所見 |
|  |  |
| 皮膚病 | 年　月　日 |  |
| 理容師法施行規則第19条第1項第6号に基づき厚生労働大臣が指定する伝染性疾病がある場合はその旨 |  |
| 判　定 | 就業　：　　適　・　不適 |
| 上記のとおり診断する。年　　月　　日医療機関の住所及び名称医師名　　　　　　　　　　　　　　　印 |
| 備考　Ｘ線写真で所見のあるものは、必ず検又は培養成績記載のこと。 |