

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No.)	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 指定する伝染性疾患がある場 合はその旨			
判 定	就 業 : 適 ・ 不 適		
<p>上記のとおり診断する。</p> <p>年 月 日</p> <p>医療機関の住所及び名称</p> <p>医師名 印</p>			
備考 X線写真で所見のあるものは、必ず ^{たん} 検痰又は培養成績記載のこと。			