

身体検査書

氏 名	男・女		生年月日	平成 年 月 日
住 所				
身 長	cm	視 力 ()は矯正	右 . (.) 左 . (.)	
体 重	kg	聴 力	右	左
胸 囲	cm	色 覚		
栄 養		眼 疾		
ツ 反		耳 疾		
既 往 症				
検 尿	蛋 白	－ 土 十 ++ +++		
	糖	－ 土 十 ++ +++		
	ウロビリ ノーゲン			
血 圧	/ mmHg			
胸部X線所見				
視診聴打診所見				
内臓疾患				
皮膚病その他 伝染性疾患				
四肢その他骨格 異常・運動障害				
そ の 他				
上記のとおり相違ありません。 令和 年 月 日 医療機関名及び所在地 医師 (印)				