

# 身体検査書

現住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_

昭和・平成 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日生

1 身長 \_\_\_\_\_ cm

2 体重 \_\_\_\_\_ kg

3 視力 (裸眼) 右 \_\_\_\_\_ 左 \_\_\_\_\_ (矯正) 右 \_\_\_\_\_ 左 \_\_\_\_\_

4 聴力 右 \_\_\_\_\_ 左 \_\_\_\_\_

X線検査 (直接撮影)

5 呼吸器 \_\_\_\_\_

6 四肢 \_\_\_\_\_

7 現在の疾病 \_\_\_\_\_

8 主な既往症 \_\_\_\_\_

9 総合判定及び \_\_\_\_\_

総合所見 \_\_\_\_\_



(所見)

上記のとおり証明します。

平成 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

医療機関名 \_\_\_\_\_

所在地 \_\_\_\_\_

医師氏名 \_\_\_\_\_ 印