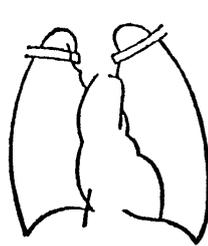


身 体 検 査 書

住 所			氏名	男・女	
			生年月日	平成 年 月 日(才)	
身 長			血 圧	最高値	
体 重				最低値	
胸 囲			血液型		
視 力	右	(矯正)	検 尿	蛋白	— ・ 十 ・ 十 ・
	左	(矯正)		糖	— ・ 十 ・ 十 ・
色神・眼疾	正常 ・ 色弱 ・ 色盲			ウリビリノーゲン	正 ・ 十 ・
聴力・耳疾	正常 ・ 難聴			潜血	— ・ 十 ・ 十 ・
言 語 障 害			心 電 図		
運 動 障 害					
聴 打 診			既往歴		
その他の 疾病・異常				間接・直接 令和 年 月 日	
総 合 所 見			X 線 撮 影	フィルムNO	所見
					
<p>上記のとおりであることを証明する。</p> <p style="text-align: center;">令和 年 月 日</p> <p style="text-align: center;">所 在 地 _____</p> <p style="text-align: center;">検 査 機 関 名 _____</p> <p style="text-align: center;">医 師 名 _____ 印</p>					