

身 体 検 査 書

氏 名		生年月日	平成 年 月 日 (満 歳)
住 所			性 別 男 ・ 女
身 長	cm	視 力	裸眼 R : L : 矯正 R : L :
体 重	kg		色 覚
脊 柱		既 往 症 結核性疾患、高血圧、心臓病、眼疾患、精神神経、 腎臓疾患、肝疾患、胃腸疾患、泌尿器疾患、 気管支ぜんそく、アレルギー、痔、外傷、 その他 () ※上記に該当する既往症で特記すべき事項※	
理 学 的 所 見			
血 圧	/ mmHg		
聴 力	R : L :		
尿 検 査	蛋白 : 糖 : ウロビリノーゲン :	胸部 (X線) 所見	
特 長 体 質			
医師証明欄		医療機関名	
平成 年 月 日		医師	印