

# 身体検査書

氏名		生年月日	平成 年 月 日 (満 歳)
住所			性別
身長	cm	視力	裸眼 R : L : 矯正 R : L :
体重	kg		
脊柱		色覚	
理学的 所見		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※
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	
令和 6 年 月 日		医師 印	