

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：				
特 長 体 質			胸部（X線）所見		
医師証明欄		医療機関名			
令和 7 年 月 日		医師 印			