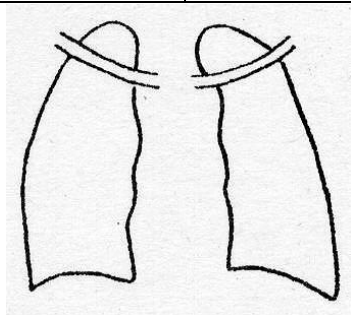


# 身体検査書

氏名		男・女	昭・平 年 月 日生	才		
住所						
身長	・ cm	胸部 エックス線 所見	令和 年 月 日撮影			
体重	・ kg		直接・間接	No		
眼	裸眼視力		左 ・ 右 ・			
	矯正視力		左 ・ 右 ・			
耳	簡聴 易力		左 正 ・ 難			所見 ( )
		右 正 ・ 難				
既往症	無	血 圧	/ mmHg			
	有 ( )				尿	糖 ( ) タンパク ( )
総合判定及び意見	異常無 ・ 異常有 ( ) その他意見 ( )					
※ 備考						
上記のとおり相違ないことを証明します。  令和 年 月 日  医療機関名  医師名 <span style="float: right;">印</span>						