

# 身体検査書

現住所  
氏名

(男・女)  
年 月 日生

1	身長	cm		
2	体重	kg		
3	視力	右 左	矯正 正	右 左
4	聴力	右 左		
5	血圧	～ mmHg		
6	尿検査(糖・蛋白)			
7	X線検査(胸部間接撮影)			
8	既往症			
9	その他の所見(消化器・循環器・感覚器・呼吸器・神経系等の異常の有無) 有 ( ) 無			

上記のとおり証明する。

年 月 日

医師住所  
医師氏名

印

(注) 上記検査項目が確認できれば、別途様式によることができる。