

# 身体検査書

ふりがな		男・女	
氏名		生年月日 平成	年 月 日
住所			

## 診断事項

身長		c m	血圧		/		m mHg
体重		k g	心電図所見				
胸囲		c m	聴打診所見				
眼	視力	裸眼	矯正	胸部レントゲン			
		右		撮影年月日	年 月 日		
	左		(直接)				
				検尿			
			糖	( )			
聴力	左		右		蛋白質	( )	
呼吸器病				潜血	( )		
循環器病				耳疾			
精神神経病				眼疾			
消化器病				既往症			
運動機能障害				その他			

診断の結果、上記のとおり相違ないことを証明する。

令和 年 月 日

医療機関名

医師氏名