

身体検査書

ふりがな		男・女	生年月日 平成 年 月 日
氏名			
住所			

診断事項

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