

身体検査書

ふりがな		男・女	昭和 年月日 平成 年 月 日
氏名			
住所			

診断事項

身長	. c m	血圧	/	m m Hg
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
	左			(直接)
	色覚	正常		検尿
		所見あり ()		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。

平成 年 月 日

医療機関名

医師氏名