

身 体 検 査 書

住 所				
ふりがな		性 別	生 年	昭和 平成 年 月 日 (満 歳)
氏 名			月 日	

身 長		c m	胸 部 X 線	撮 影 日 平成 年 月 日 間 接 撮 影 No. 直 接 撮 影 No. 所 見 :
体 重		k g		
視 力	左 . (.) 右 . (.)		検 尿	糖 蛋 白 ヲビリノゲン () () ()
聴 力 (オーディオメータは使用しない)	左 右		血 圧	最 高 mmHg ----- 最 低 mmHg
言 語			そ の 他 の 疾 病 異 常	
運 動 機 能			既 往 症	
胸 部 (聴打診)			総 合 所 見	
			(就業の可否)	

上記のとおり診断します。

平成 年 月 日

検査機関・医療機関の

所 在 地
名 称

医 師 印
