

身 体 検 査 書

住 所				
ふりがな		性 別	生 年	昭和 平成
氏 名			月 日	

身 長	. cm	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	. kg			
視 力	左 . (.) 右 . (.)	検 尿	糖 蛋 白 ウロビリノーゲン () () ()	
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
