

身体検査書

住所							
ふりがな		性別	生年月日	昭和 平成	年	月	日
氏名					(満		歳)

身長	. cm	胸部 X 線	撮影日 令和 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 <small>(オージオメーターは使用しない)</small>	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。

令和 年 月 日

検査機関・医療機関の
所在地
名称

医師 _____ 印