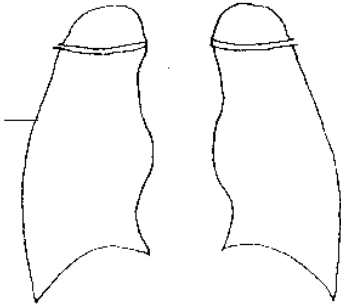


身体検査証

氏名		生年月日		年	月	日
現住所						
身長	cm	体重	kg	胸囲	cm	
視力	右 ()・左 ()・両眼 ()					
赤色・青色・黄色の識別		眼疾		耳疾		
聴力	右			左		鼻疾
咽喉		血圧		血沈		
貧血		循環器		呼吸器		
消化器		運動機能		検尿		
X線検査	令和 年 月 日撮影 番号			既往症その他		
				既往症は、なるべく詳細に記入すること。		
所見						
上記のとおり相違ありません。 令和 年 月 日 病院名及び所在地 医師名 印						