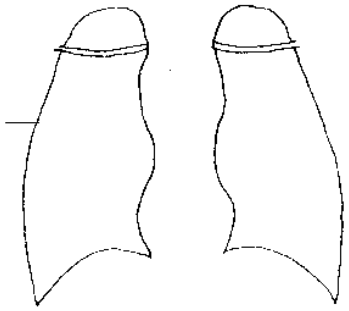
身 体 検 査 証

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　　（　　）				
色　　覚		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	平成　　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。

平成　　年　　月　　日

病院名及び所在地

医　　師　　名　　印