

身 体 検 査 書											
住 所											
氏 名											
生年月日 年 月 日生											
身 長		cm				体 重		kg			
視 力	裸眼	右		きょう正	右		眼 疾 色 覚 ※石原色覚検査表による。		聴力	右	
		左			左					左	
血 圧		最高血圧		mm Hg			最低血圧		mm Hg		
検 尿		蛋 白				糖		ウロビリノーゲン			
胸部（X線）所見							既往症				
特記事項							その他				
上記のとおり検査しました。											
令和 年 月 日 医療機関名 医師 印											