身　体　検　査　書

 　　茨城県病院局

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 氏　　名 |  | 生年月日 | 年　　月　　日生  |
| 現 住 所 |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 身　　　　長 | 　　　　　　　　　　　　㎝ | 眼　　　　疾 | 有（　 ）・無 |
| 体　　　　重 | 　　　　　　　　　　　　㎏ | 聴　　　　力 | 正常・異常（　　　　　 　） |
| 胸　　　　囲 | 　　　　　　　　　　　　㎝ | 耳　　　　疾 | 有（　 ）・無 |
| 四　　　　肢 | 正常・異常（　　　　　　　） | 血　　　　圧 |  ～ 　 ㎜Hg |
| 視　　　　力 |  右 左 |  （　　　） 矯 正 （　　　） | 尿 　検 　査 | 蛋白：－　±　＋　―　― 糖 ：－　±　＋　―　― ｳﾛﾋﾞﾘﾉｰｹﾞﾝ：正常・異常 |
| 胸部Ｘ線検　　　　査 |  所 見（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 既 　往 　症 |  有（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）・無 |
| 現在治療中の疾　　　　病 |  有（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）・無 |
| その他の所　　　　見 |  有（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）・無 |
| 精密検査の要　　　　否 |  要（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）・否 |
| 　　検査の結果は，上記のとおりです。　　　　　令和　　年　　月　　日 医 療 機 関 名 　 医 師 氏 名 印 |
|

＊お　願　い

 ・各欄の（　）の中には具体的に記入してください。

　・精密検査の必要があると認める場合は，疾病，検査名等について指示願います。

 身体検査を受ける場合の注意事項

　身体検査を受ける場合は、次の事項に注意してください。

１．身体検査書用紙を医療機関に持参し、同医療機関の指示に従い身体検査を受けること。

２．身体検査書の氏名・住所・生年月日欄は、各自が正確に記入しておくこと。

３．検査に要した経費は本人負担となるので、当該医療機関の指示に従い納付すること。