様式第９号

 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 |
|   検　　　　査 |  所 見（　 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
|  既 　往 　症 |  有（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）・無 |
|  現在治療中の 疾　　　　病 |  有（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）・無 |
|   所　　　　見 |  （消化器、循環器、感覚器、呼吸器、神経系等の異常の有無） 有（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）・無 |
|   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  |

＊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。

受験者各位へ

 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．受験者は封筒と共に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．身体検査書は、密封のまま提出すること。

４．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。