

様式第3号

身 体 検 査 書

(住 所)

(氏 名)

年 月 日生

身 長			cm	眼 疾	有 ( ) ・ 無
体 重			kg	聴 力	正常 ・ 異常 ( )
胸 囲			cm	耳 疾	有 ( ) ・ 無
四 肢	正常 ・ 異常 ( )			血 圧	～ mmHg
視 力	右	( )	矯正	尿 検 査	蛋白：－ 土 ＋ 卅 卅 糖：－ 土 ＋ 卅 卅 ウロビリノーゲン： 正常 ・ 異常
	左	( )			
色 覚	正常 ・ 異常 ( )				
胸部 X線 検 査	間接 ・ 直接所見 ( )				
既 往 症	有 ( ) ・ 無				
現在治療 中の疾病	有 ( ) ・ 無				
その他の 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				
精密検査 の 要 否	要 ( ) ・ 否				
検査の結果は，上記のとおりです。 平成 年 月 日 (保健所・公立病院名) 医師氏名 (印)					

※ お願ひ

- ・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ひます。