

# 身体検査書

住 所

氏 名

生年月日

平成

年

月

日生

身 長					cm	体 重					kg	
視 力	裸眼	左	右	矯正	左	右	聴 力	左	右			
血 圧	最大血圧					mm H g	最小血圧					mm H g
検 尿	たん 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