

# 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

住 所

医 師

印