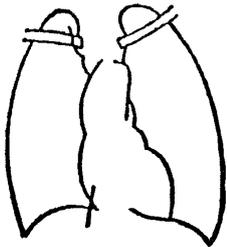


身体検査書

住所						
氏名	性別 () 生年月日					
身長	・ cm	聴力	右 正常・異常 ()			
体重	・ kg		左 正常・異常 ()			
視力 () 内矯正	右 ()	血圧	最高値 mmHg			
	左 ()		最低値 mmHg			
検尿	蛋白定性	— ± + 卍 卍	X 線 検 査	間接・直接 令和 年 月 日		
	糖定性	— ± + 卍 卍		フィルムNO.	所見	
	ウビリノゲン	正常 + 卍 卍				
	潜血反応	— ± + 卍 卍				
既往症						
その他の所見	(身体障害の状況、消化器、循環器、呼吸器、神経系、その他身体的な異常等)					
就業上の注意事項等 総合所見						

上記のとおりであることを証明する

令和 年 月 日

住所(所在地)

医療機関名

医師氏名

印