

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