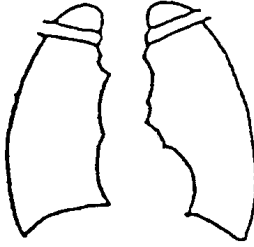


身 体 検 査 書

氏 名		性 別	男・女	生年月日	年 月 日	年齢	才
身 長	c m	体 重		kg	腹 囲		c m
BMI		ツ反応		陽性 (年陽転) ・疑陽性・陰性			
既往症	病 名			罹病期間 年 月 ~ 年 月			
視 力	左	矯正視力	左	所見と理学的所見 胸部のX線写真	間接 直接 	所見	
	右		右				
眼 疾	有 () ・ 無						
聴 力	左	正常・やや難聴・難聴					
	右	正常・やや難聴・難聴					
耳 疾	有 () ・ 無						
精神状態・言語							
鼻及び咽喉頭							
血 圧				腹部所見			
皮膚病				四 肢			
検 尿				再 検	不要・要	再検事項	
その他の検査				備 考			
判 定							
検査機関及び 医師名	平成 年 月 日						
	医師						印