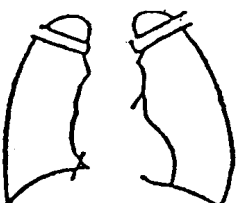


一 般 身 体 検 査 書

氏 名		生年月日	平成 年 月 日生
現 住 所			
身 長	cm	裸 眼 視 力	右 ・ 左 ・
体 重	kg	矯 正 視 力	裸眼視力が0.3未満 の者に限る 右 ・ 左 ・
胸 囲	cm	聴 力	右 左
肺 活 量	cc	色 覚	
耳 疾		眼 疾	
既 往 症			
検 尿	蛋 白	- 土 + 卍 卍	
	糖	- 土 + 卍 卍	
	ウロビリノーゲン		
血 圧	~	mmHg	血液型
X 線 所 見 ()	No.	直接 間接	
			
視 診 聴 打 診 所 見			
内 臓 疾 患			
皮 膚 病 その 他 感 染 性 疾 患			
四 肢 その 他 骨 格 異 常 運 動 障 害			
そ の 他			
上記のとおり相違ありません。 平成 年 月 日 医療機関名 <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center;"> 医師名 印 </div>			

※ 病院で平成30年7月以降の検査を証明すること。