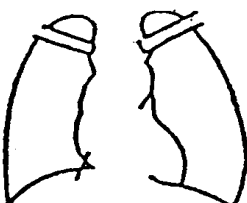


# 一 般 身 体 検 査 書

氏 名		性 別 男・女	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	眼 疾		
耳 疾		血 液 型		
既 往 症		色 覚		
検 尿	蛋 白	- 土 + 卍 卍		
	糖	- 土 + 卍 卍		
	ウロビリノーゲン			
血 圧	~ mmHg			
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。 令和 年 月 日  医療機関名  <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <span>医師名</span> <span>印</span> </div>				

※ 病院で令和2年7月以降の検査を証明すること。