


身 体 検 査 書

氏 名	男 女		貧 血	R B C	H b
				万/ μ L	g/dl
生 年 月 日	昭和・平成 年 月 日生		肝 機 能	A L T (G P T)	
				IU/l	
身 長	. cm		血 圧	最 高 血 圧	mmHg
体 重	. kg			最 低 血 圧	mmHg
視 力	右	. (矯正 .)		糖	- ± + . .
				蛋 白	- ± + . .
	左	. (矯正 .)		ウロビリノーゲン	- ± + . .
				潜 血	- ± + . .
聴 力	正・難 右 . 左 .		既 往 症		
言 語 障 害			X 線 撮 影	関節・直接 年 月 日	
運 動 障 害				フィルム番号No.	所 見
そ の 他 の 疾 病 異 常					
聴 打 診					
就業上の注意事項等 総 合 所 見					
<p style="text-align: center;">上記のとおりであることを証明する。</p> <p style="text-align: center;">令和 年 月 日</p> <p style="text-align: right;">所在地 _____</p> <p style="text-align: right;">検査機関 _____</p> <p style="text-align: right;">医師名 _____ (印)</p>					

(注) 医療機関等で受診して下さい。
検査医師にお願い この身体検査書は、密封して受検者にお渡してください。