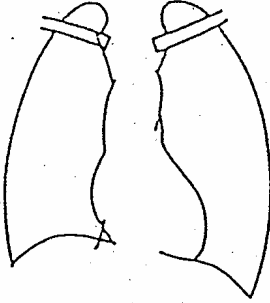


身体検査書

氏名	性別 男・女	生年月日・年齢（検査日現在） 年 月 日生（ 歳）
----	-----------	------------------------------

身長	cm	体重	kg	聴力	
視力	右	血圧	最大	検尿	蛋白 糖 () ()
	左		最小		ウロビリノーゲン 潜血 () ()

既往症	(病名, 罹患年月日, 治療期間等)
-----	--------------------

胸部 (直接撮影) エックス線写真	 所見	総合所見
-------------------------	---	------

上記のとおり診断します。 令和 年 月 日 所在地 医療機関名 医師氏名 印
