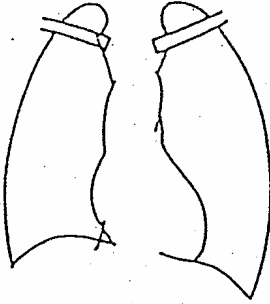


身体検査書

氏 名	性 別	生年月日・年齢（検査日現在）
	男・女	年 月 日生（ 歳）

身長	c m	体重	k g	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。	
平成 年 月 日	
所 在 地	
医療機関名	
医師氏名	印