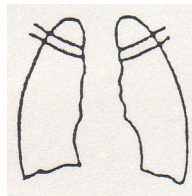


身体検査書

三重県病院事業庁

氏名			生年月日	年 月 日 (歳)		
身長	. cm		血 圧	最高値		
体重	. kg			最低値		
視 力	右	. (矯正 .)	検 尿	糖	- 土 + 卍 卍	
	左	. (矯正 .)		蛋 白	- 土 + 卍 卍	
聴 力	右 .			ウロビリ ノーゲン	- 正 + 卍 卍	
	正・難 左 .			潜 血	- 土 + 卍 卍	
言語障害			既往症			
運動障害			X 線 撮 影	間接・直接	年 月 日	
その他の 疾病異常				フィルム番号	所 見	
聴 打 診						
就業上の注意事項等 総合所見						
<p>上記のとおりであることを証明する。</p> <p>年 月 日</p> <p>所在地 _____</p> <p>検査機関 _____</p> <p>医師名 _____ 印</p>						

(注) 医療機関等で受診してください。

(注) この身体検査書の内容は配属先の参考として使用します。

検査医師へお願い この身体検査書は、密封して受検者にお渡しください。