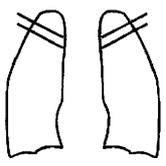


(様式3)

身体検査書

氏名								
生年月日	年 月 日 (歳)	受験番号	—					
身長	· cm	血 圧	最高値					
体重	· kg		最低値					
視 力	右 · (矯正 ·)	検 尿	糖	—	±	+	++	+++
	左 · (矯正 ·)		蛋白質	—	±	+	++	+++
			ウロビリノーゲン	—	正	+	++	+++
			潜 血	—	±	+	++	+++
聴 力	右 正・難 · 左	既往症						
言語障害								
運動障害			間 接・直 接 年 月 日					
その他の疾病異常		X 線 撮 影	フィルム番号No.	所 見				
聴 打 診								
就業上の注意事項等 総合所見								
上記のとおりであることを証明する。								
年 月 日		所在地	_____					
		検査機関	_____					
		医師名	_____ 印					

(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。