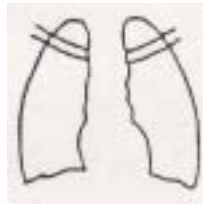


# 身体検査書

氏名		男女	貧血	R B C	H b
				万/mm <sup>3</sup>	g/dl
生年月日			肝機能	G P T	I U
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	- ± + # ##
				ウロビリノーゲン	- 正 + # ##
				潜血	- ± + # ##
聴力	正・難 右 左		既往症		
言語障害			X線撮影	間接・直接 年 月 日	
運動障害				フィルム番号	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					
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。

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。