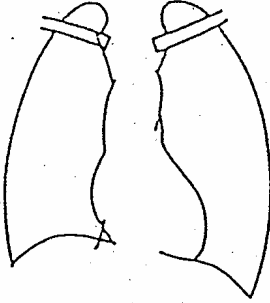


身体検査書

氏名	性別	生年月日・年齢（検査日現在）	
	男・女	年	月 日生（歳）

身長	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