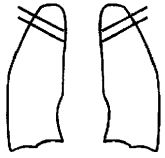


(様式3)

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。					所在地	_____			
年 月 日					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。