

身体検査書

住 所				
氏 名		男 ・ 女		
平成 年 月 日生 (歳)				
身 長	・ cm	視 力 () は矯正	右	・ (・)
体 重	・ kg		左	・ (・)
色 覚			右	
			左	
既往症				
その他所見				
上記のとおり相違ありません。				
令和 年 月 日				
機関名				
医 師				
印				

※ 医療機関等で受診してください。