

身体検査書

住 所			
氏 名		男・女	
平成 年 月 日生 (歳)			
身 長	・ cm	視 力	右 (・)
体 重	・ kg	()は矯正	左 (・)
色 覚	赤色、青色及び黄色の色彩が識別できること	聴 力	右
			左
既往症			
その他所見			
上記のとおり相違ありません。			
平成 年 月 日			
機関名			
医 師			印

※ 医療機関等で受診してください。