

# 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。			
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。