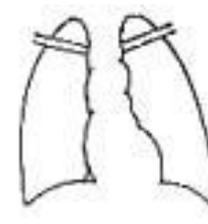


身体検査書

氏名	男女		貧血	RBC	H b	
				万/ μ L	g/dl	
生年月日	昭和・平成 年 月 日		肝機能	ALT (GPT)		
				IU/l		
身長	. cm		血圧	最高血圧	mmHg	
体重	. kg			最低血圧	mmHg	
視力	右	. (矯正 .)	検尿	糖	- ± + . .	
	左	. (矯正 .)		蛋白	- ± + . .	
				ウロビリノーゲン	- ± + . .	
				潜血	- ± + . .	
聴力	正・難	右 . 左 .	既往症			
言語障害			X線撮影	関節・直接 年 月 日		
運動障害				フィルム番号No.	所見	
その他の疾病異常						
聴打診						
就業上の注意事項等	総合所見					
総合所見						
<p>上記のとおりであることを証明する。</p> <p>平成 年 月 日</p> <p>所在地 _____</p> <p>検査機関 _____</p> <p>医師名 _____ (印)</p>						

(注) 医療機関等で受診して下さい。
検査医師にお願い この身体検査書は、密封して受検者にお渡してください。