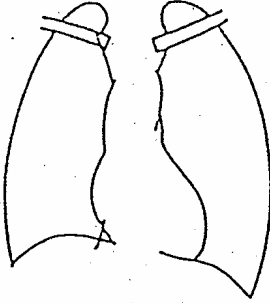


身体検査書

氏名	性別 男・女	生年月日・年齢（検査日現在） 年 月 日生（ 歳）
----	-----------	------------------------------

身長	c m	体重	k g	聴力	
視力	右	血圧	最大	検尿	蛋白質 () ()
	左		最小		ウロビリノーゲン 潜血 () ()

既往症	（病名，罹患年月日，治療期間等）
-----	------------------

胸部 （直接撮影） エックス線写真	 所見	総合所見
-------------------------	---	------

上記のとおり診断します。	
平成 年 月 日	所在地
	医療機関名
	医師氏名 印