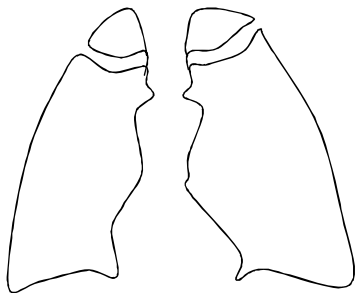


身 体 検 査 書

氏名		男・女	昭和・平成 年 月 日生 (歳)
----	--	-----	-------------------------

住所	
----	--

検 査 事 項

身長		cm	既往症		
体重		kg	X 線 所 見	平成 年 月 日 撮影	
視力	右	()		間 接 ・ 直 接	
	左	()			
聴力			所見		
その他特記事項					

上記のとおり診断します。

平成 年 月 日

医療機関名

医 師

印