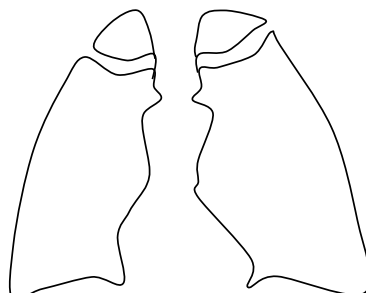


身体検査書

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