

## 身体検査書(1)

職種		受験 番号		ふりがな 氏名					
住所				生年月日	昭和 平成	年	月	日	男・女
身長	cm		体重	kg					
1 現在の健康状態はどうか。									
<input type="checkbox"/> 健康です				<input type="checkbox"/> 病気にかかっている		〔 病名又は症状 発病した時期 年 月 〕			
2 身体に何か障害がありますか。(視力、聴力、言語、手足の動作等について障害又は異常の有無)									
<input type="checkbox"/> ある				あれば具体的に記入のこと		〔 〕			
<input type="checkbox"/> ない									
3 今までに入院又は半月以上病気をしたことがありますか。あれば下欄に病名その他を もれなく記入してください。									
<input type="checkbox"/> ある				<input type="checkbox"/> ない					
病名又は症状 病気した時期 病気した期間									
4 ツベルクリン反応が陽転した(はじめて陽性となった)のはいつですか。									
年 月頃(当時満 歳)				<input type="checkbox"/> ツベルクリン反応陰性					
5 その他									
上記事項は事実と相違ありません。									
令和 年 月 日				氏名		印			

(注) この表は応募者が正確に記入し、□の中には該当する場合レ印を入れること。

秘

医師診断用

# 身体検査書 (2)

氏名				
視力	右 ・ ( ) 左 ・ ( )	色覚		
眼 疾	.....			
耳鼻咽喉	.....			
言語	.....			
聴力	右 正常 ・ 異常			
	左 正常 ・ 異常			
消化器	.....			
精神神経系	.....			
運動機能障害 及び奇形	.....			
脊柱及び胸郭	.....			
皮膚	.....			
その他	.....			
X線直接 (胸)		No. ....		
X線所見				
赤 沈 (1時間 ミリ)		[ただし、必要と認められる者のみ]		
血 圧		mmHg	~	mmHg
検 尿		蛋白	- ± + ++ +++	
		糖	- ± + ++ +++	
		ウロビリノーゲン	正常 ・ 異常	
医師意見				
検査の結果上記のとおり診断します。				
令和	年	月	日	医療機関名
				医師名
				印