

本人記載

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ですか。 ☐ 健康です ☐ 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) ☐ ある ☐ ない あれば具体的に記入のこと							
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。 ☐ ある ☐ 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) ☐ 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							X線直接 (胸)		
耳 鼻 咽 喉							No.		
言 語							X線所見		
聴 力	右	正常	・	異常					
	左	正常	・	異常					
消 化 器							赤 沈 (1時間 ミリ)		
精神神経系							〔ただし、必要と認められる者のみ〕		
運動機能障害 及び奇形							mmHg ～ mmHg		
脊柱及び胸郭							血 圧		
皮 膚							検 尿		
そ の 他							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					