

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				
<p>1 現在の健康状態はどうか。</p> <p><input type="checkbox"/> 健康です      <input type="checkbox"/> 病気にかかっている</p> <p style="text-align: right;">( 病名又は症状 発病した時期      年      月 )</p>							
<p>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)</p> <p><input type="checkbox"/> ある      あれば具体的に記入のこと (      )</p> <p><input type="checkbox"/> ない</p>							
<p>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。</p> <p style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> ある      <input type="checkbox"/> ない</p>							
<p>病名又は症状</p> <p>病気した時期</p> <p>病気した期間</p>							
<p>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。</p> <p style="text-align: center;">年      月頃 (当時満      歳)      <input type="checkbox"/> ツベルクリン反応陰性</p>							
<p>5 その他</p>							
<p>上記事項は事実と相違ありません。</p> <p style="text-align: center;">令和      年      月      日      氏名      (印)</p>							

(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	蛋白	-	±	+	++	+++
その他	.....						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				