

身体検査書

(医師割印)

※太線内は受験者が記入してください。

試験区分 保健師		受験番号		性別 男 ・ 女	
氏 名		生年月日(年齢) 昭和・平成 年 月 日生 (満 歳)			
写 真 写真を貼り、 医師の割印を受けること。 5cm×4cm					
身長	cm	体重	kg	視力	右 ・ (矯正 ・)
					左 ・ (矯正 ・)
眼疾		聴力		血圧	(最大)
					(最小)
検尿	蛋 白 ()	糖 ()	ウロビリノーゲン ()	潜 血 ()	
既往症	※過去に1ヶ月以上の入院又は服薬による治療を受けたことがあるものについて記入してください。				
現病歴	※現在治療中の病気がある場合に記入してください。				
胸部エックス線撮影	所見	総合所見(就業上の注意等について記入してください。)			
上記のとおり診断します。					
令和 年 月 日					
所 在 地					
医 療 機 関 名					
医 師 名					

～担当された医師の方へお願い～

- 全ての項目について記入してください。
- 身体検査書に記載された本人であることを確認し、写真に割印をしてください。