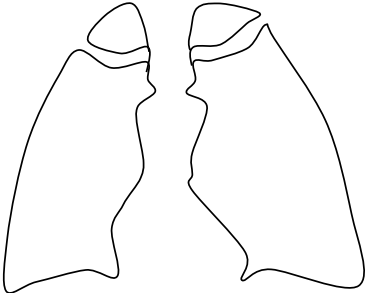


身 体 検 査 書					
氏名			男・女	昭和 ・ 平成 年 月 日生 (歳)	
住所					
検 査 事 項					
身 長				cm	既往症
体 重				kg	年 月 日 撮影 
視力	右	()		X線所見 間接・直接	
	左	()			
聴 力				所見	
その他特記事項					
上記のとおり診断します。 令和 年 月 日 医療機関名 医 師 印					