

身 体 検 査 書									
氏 名		性別	男・女	生 年 月 日	年 月 日	年 齡	歳		
身 長	cm	体 重	kg	胸 囲	cm				
既往症	病 名			罹病期間			年 月～	年 月	
ツ反応	陽性( 年陽転)・擬陽性・陰性			B. C. G最終接種		年 月( 歳時)			
視 力	左	矯正視力	左	胸部のX線写真所見 見と理学的所見		間接 直接  			
	右		右						
眼 疾	有 ( )・無								
色 神	正常 赤色 緑弱 赤色 緑盲 全色盲								
聴 力	左	正常・やや難聴・難聴		血 沈	1時間	所見			
	右	正常・やや難聴・難聴			mm				
耳 疾	有 ( )・無			2時間	mm				
精神状態・言語				扁桃腺	左	正常・腫脹			
鼻及び咽喉頭					右	正常・腫脹			
血 圧				腹部所見					
皮 膚 病				四 肢					
検 尿				再 検	不要・要	再検事項			
その他の検査				備 考					
判 定									
検査機関及び医師名	年 月 日								
	医師							印	

※色神検査については、石原式色覚検査をお願いします。