

身体検査票

氏名				生年月日	昭和 平成			年	月	日
既往症				業務歴						
身長	cm		体重	kg		血圧	/			
検尿	糖		視力	右 ()		聴力	右			
	蛋白			左 ()			左			
	潜血		眼疾			耳疾				
血液検査	赤血球数		Hb		GOT		TC			
	白血球数		Ht		GPT		HDL-C			
	血糖空腹		HCV		γ-GTP		TG			
胸部見 X線写真 又は透視 所見					消化器					
					神経系					
					その他					
ツベルクリン 反応	× _____									
心電図										
医師所見										
医師	平成 年 月 日 実施									
	医療機関名・所在地									
	医師 (印)									

※太枠内は受診者が記載してください。