

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 透視見					消化器			
					神経系			
					その他			
ツベルクリン反応	<div style="text-align: center;">×</div> <hr style="width: 50%; margin: auto;"/> <div style="text-align: center;">×</div>							
心電図								
医師見								
医師	平成 年 月 日 実施 医療機関名・所在地 <div style="text-align: right;">医師 印</div>							

※太枠内は受診者が記載してください。