

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	c m		体重	k g		血圧	/		
検尿	糖			視力	右	()		聴力	右
	蛋白				左	()			左
血液検査	赤血球数			Hb			AST		
	白血球数			Ht			ALT		
	空腹時 血糖又は HbA1c			γ-GTP			TG		
胸部 X線 所見					診察、その 他所見				
心電図									
医師 所見									
医師	令和 年 月 日 実施								
	医療機関名・所在地								
	医師								⑩

※太枠内は受診者が記載してください。

※上記以外に、麻疹、風疹、おたふく、水痘（感染4種）のワクチン接種の経歴がある方は、接種したことがわかる証明書（母子手帳可）の写しを添付してください。

また、病院での勤務歴がある方は、感染4種の抗体価がわかるものを合わせて添付してください。