

新規採用身体検査票

※既に結果をお持ちの方も、裏表面 太枠内を記入して本様式も一緒にご提出ください。

受診年月日	(西暦) 年 月 日				区分	※記入不要						
ふりがな					受験番号	※記入不要						
氏名												
生年月日	昭・平	年	月	日生	年齢 (受診日現在)	歳	性別					
電話番号				メールアドレス								
住所	〒											
身長					cm							
体重					kg							
視力	右	・ (・)			※上記の(1)、(2)のいずれかに該当する場合は、下の枠内の病気・けがの種類のうち、該当する番号を○で囲み、裏面の＜状況記載欄＞に必要事項を記入してください。 ※(1)、(2)に該当しない場合も、裏面「既往歴の有無」欄のご記入（無にチェックを入れてください）をお願いします。							
	左	・ (・)										
聴力 (会話域)	正常				<div style="display: flex; flex-wrap: wrap;"> <div style="width: 50%;"> 1 呼吸器の病気 2 結核 3 高血圧もしくは低血圧 4 心臓と血管の病気 5 肝臓・胆のう・すい臓の病気 6 消化器の病気 7 糖尿病 8 腎臓の病気 9 血液の病気 </div> <div style="width: 50%;"> 10 ぜん息やアレルギーの病気 11 脳や神経の病気 12 こころの病気 13 骨・関節・筋肉の病気 14 目の病気 15 耳・鼻・のどの病気 16 皮膚の病気 17 治療などに通算で1か月以上を要した、けがやその他の病気 </div> </div>							
	所見有 ()											
血圧	/ , /											
尿検査	尿糖	- ()		尿蛋白					- ()			
その他の検査												
胸部X線	filmNo. _____								自覚症状			
									他覚症状			
									総合所見			
身体検査実施日	(西暦) 年 月 日								実施医療機関 及び担当医師名			

裏面もあります

6 その他 ()