様式第５号（第２７条第３項関係）

身　体　検　査　書

住　　所
氏　　名
生年月日

1	身　長	cm		
2	体　重	kg		
3	視　力	左 右	矯 正	左 右
4	聴　力	左 右		
5	血　圧			
6	尿検査（糖，蛋白）			
7	X 線検査 （胸部間接撮影）			
8	既往症			
9	その他の所見（消化器，循環器，感覚器，呼吸器，神経系統の異常の有無） 有（　　） 無			

上記のとおり証明する。

年　　月　　日

医師　住所又は所在地＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿㊞

注　上記検査項目が確認できれば，別途様式によることができる。