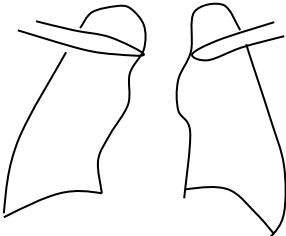


新規採用身体検査票

※太線内を本人が記入してください(裏面もあります)				受診年月日	(西暦)	年	月	日
区分	※記入不要	受験番号	※記入不要	ふりがな				
	氏名							
生年月日	昭・平	年	月	日生	年齢 (受診日現在)	歳	性別	
住所								
身長	cm							
体重	kg							
視力	右	. (.)						
	左	. (.)						
聴力 (会話域)	正常 所見有 ()							
血圧	/ , /							
尿検査	尿糖	- ()			尿蛋白	- ()		
	その他の検査							
filmNo. _____  所見				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		

あなたが「現在かかっている」もしくは「過去にかかったことのある」病気・けがについて、おたずねします。

(1) 現在、病気やけがにかかっている場合

(2) 過去に、病気やけがに1か月以上かかったことがある場合
※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。

- | | |
|-----------------|--------------------------------|
| 1 呼吸器の病気 | 10 ぜん息やアレルギーの病気 |
| 2 結核 | 11 脳や神経の病気 |
| 3 高血圧もしくは低血圧 | 12 こころの病気 |
| 4 心臓と血管の病気 | 13 骨・関節・筋肉の病気 |
| 5 肝臓・胆のう・すい臓の病気 | 14 目の病気 |
| 6 消化器の病気 | 15 耳・鼻・のどの病気 |
| 7 糖尿病 | 16 皮膚の病気 |
| 8 腎臓の病気 | 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 |
| 9 血液の病気 | |

