〔人様式例１９－１〕

身　体　検　査　書

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ふりがな  氏 名 |  | | | | | 男 女 | | | 生年月日 | | 年 月 日 | |
| 現 住 所 |  | | | | | | | 〒 －　 電話 ( － 　 － 　) | | | | |
| 既 往 症 | 病 名 | | | 罹患年月日 | 治癒年月日 | | エックス線 | | | 年　 月 日撮影 | | |
| ない場合  は ／ を  ひく |  | | |  |  | | 所　 見 | | | 所見なし | |  |
|  | | |  |  | | 要精検  必要と  する検  査項目  ( 　 　) | |
| 身 長 | ｍ | | | | ＢＭＩ | |
| 体 重 | ｋｇ | | | |  | |
| 四肢運動  機能異常 | なし  あり（ 　　　 ） | | | | | |
| 所見あり  ( 　 　) | |
| 視 力 | 右 | （ ） | | | | |
| 左 | （ ） | | | | |
| 聴 力 | 右 | 1000Hz( dB ) 4000Hz( dB ) | | | | |
| 左 | 1000Hz( dB ) 4000Hz( dB ) | | | | | その他の  異　　常 | | | なし  あり( ) | | |
| 血 圧 | 最大 最小 　ｍｍＨｇ | | | | | |
| 尿 | 糖 | | ＋  －　 ＋ ＋＋ ＋＋＋  － | | | | 再検査又は  精密検査の  結果 | | |  | | |
| 蛋白 | | ＋  －　 ＋ ＋＋ ＋＋＋  － | | | | 就労の可否  及び注意事  項 | | | なし  あり( ) | | |
| 上記のとおり証明します。  医療機関所在地  ○○　　年　　月　　日 　医 療 機 関 名  医 師 氏 名 | | | | | | | | | | | | |

※身体検査書は任用日前３ヶ月以内に内科･眼科･耳鼻科の開設科目のある医療機関にて

　　　検査を受け、記載もれのないようにしてください。(公的医療機関に限定しません。)

注 １ ＢＭＩ (Body Mass Index)＝体重(㎏)÷(身長(m))²

２ 視力検査は、（ ）内に最良矯正視力を記入してください。

３ 聴力はオージオメータにて検査し、難聴が40dB以上の場合は、オージオグラムを添付

　　　 　してください。

４　尿、血圧、聴診、その他において異常所見が認められた場合は、再検査又は精密検査を

　　　　 実施し、その結果を記入又は添付してください。

５　治療中･経過観察中の疾病がある場合、又は、再検査･精密検査にて異常が認められた場

　　　　 合は詳細に記載してください。