

様式第4号(第3条関係)

身体に関する証明書

年 月 日

医療機関名

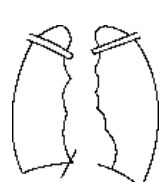
証明者

医師氏名



下記のとおり証明します。

記

本籍地		現住所	
氏名		性別	生年月日 年 月 日
身長	・	cm	<p>現症</p> <p>1 X線写真(直接又は間接)</p> <p>所見</p>  <p>2 赤沈 (X線写真有所見者のみ) 1時間 2時間</p> <p>3 理学的所見</p> <p>4 尿検査 糖 ・ たん白 ・ 潜血 ( ) ( ) ( )</p> <p>5 血圧 ~</p> <p>6 その他の疾患 ア 心臓疾患 イ じん臓疾患 ウ 精神疾患 エ 伝染性疾患 オ その他</p> <p>7 備考</p>
体重	・	kg	
視力	右 ( ) 矯正 左 ( )		
眼疾	無 ・ 有		
聴力	左 正常・異常( ) 右 正常・異常( )		
言語			
ツベルクリン反応	既陽性 陽転	歳ごろ	
B C G	未接種 接種	年 月	
既往症	ア 結核性疾患  イ その他の疾患		