

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

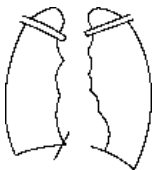
証明者

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		現 症 1 X線写真(直接又は間接) 所 見  2 赤 沈 (X線写真有所見者のみ) 1時間 2時間 3 理学的所見 4 尿検査 糖 ・ たん白 ・ 潜 血 () () () 5 血 圧 ~ 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 7 備 考			
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						