

(施設入所用)

身体検査書

住所

氏名

年 月 日生

身長	cm	血圧	BD	mmHg
体重	kg	血液	梅毒反応	
胸囲	cm		HBs 抗体・抗原	
眼	視力	右 左	BCG接種	
	色神		尿検査	
耳	眼疾		腸管内伝染病 菌培養検査	
	聴力			
	耳疾		X線検査	
コロナ予防接種	回目済	コロナ 抗原・抗体検査		
既往病				
感覚器・呼吸器・神経系・その他の所見				

上記のとおり検査しました。

年 月 日

医療機関名

所在地

医師氏名印