

# 身 体 検 査 書

茨城県教育委員会

氏 名	※  <div style="text-align: right;">(昭和・平成 年 月 日生)</div>
現 住 所	※

身 長	cm	眼 疾	有 ( ) ・ 無
体 重	kg	聴 力	正常・異常 ( )
腹 囲	cm	血 圧	/ mmHg
視 力	右 矯正 ( ) 左 矯正 ( )	尿検査	蛋白：－ 土 ＋ ＋＋ 糖：－ 土 ＋ ＋＋ ウロビリノーゲン：正常・異常
胸部 X 線 検 査	間接・直接 ( )		
既 往 症	有 ( ) ・ 無		
現在治療 中の疾病	有 ( ) ・ 無		
その他の 所 見	(消化器, 循環器, 感覚器, 呼吸器, 神経系等の異常の有無) 有 ( ) ・ 無		
精密検査 の 要 否	要 ( ) ・ 否		

検査の結果は、上記のとおりです。

令和 年 月 日

医療機関名

医師氏名 ㊟

- ※1 各欄の ( ) の中には、具体的に記入してください。
- ※2 精密検査の必要があると認めるときは、疾病、検査名等について指示願います。
- ※3 ※印の欄は志願者が記入すること。