

身 体 検 査 書

茨城県教育委員会

氏 名	※ (昭和・平成 年 月 日 生)
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)		
精密検査 の 要 否	有 () ・ 無		
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。