

身体検査書

(本人記入)

氏名		チーム名			
1 身長、体重					
身長		cm	体重		Kg
2 既往症					
有	無	病名	()年頃		
3 心臓疾患、心臓血管の異常					
有	無	程度			
4 糖尿病、てんかん					
有	無	程度			
5 手術の経験					
有	無	病名	()年頃		
6 輸血の経験					
有	無	病名	()年頃		
7 常用薬					
有	無	薬品名			
8 薬アレルギー					
有	無	薬品名			

以上のとおり相違ありません。

年 月 日

本人署名

(医師記入) (更新時は不要)

1 血圧			
血圧		/	
2 血液型、RH要因(提出済者は不要)			
血液型		RH要因	+ -
3 視力			
裸眼	左	右	
矯正	左	右	
4 四肢関節の運動機能			
内容			

年 月 日 検査を行った結果、上記のとおりであることを証明します。

年 月 日

住 所
医療機関名
医師氏名

印