

(注) **印と裏面(太線の枠内)は受験者本人が記入してください。
 *色覚については、石原式で検査して異常が認められる場合は、パネルD-15で再検査を行い、検査表を添付してください。
 *脈拍については、触診により異常が認められる場合は、心電図で再検査を行い、検査表を添付してください。
 *別紙の身体検査実施の注意事項を必ず読んでください。

(裏)

(注) 受験者本人が検診を受ける前に、下記の質問にお答えください。

□の中には該当するものに✓印を付けてください。

(ふりがな) 氏 名	☐ 男 ☐ 女	生年月日	昭和 平成	年	月	日生 (歳)
現 住 所	都道 区 府県 郡 市					
I あなたの現在の健康状態はどうですか。 ☐ 非常によい ☐ 普 通 ☐ 病気にかかっている (病名又は症状		体 格	身 長		体 重	
			・ cm		・ kg	
		発病した時期 年 月)				
II 身体に何か障害がありますか。 ☐ ない ☐ ある ・あればどうのことですか。() ・身体障害者福祉法による障害等級に該当していれば記入してください。(級)						
III 既往症がありますか。 ☐ ない ☐ ある ・あれば下の欄に病名その他を記入してください。						
	I	II	III			
病名又は症状						
病気した時期	年 月 日 (満 歳) ごろ	年 月 日 (満 歳) ごろ	年 月 日 (満 歳) ごろ			
病気した期間	約 日	約 日	約 日			
上記のとおり相違ありません。 年 月 日 氏 名						