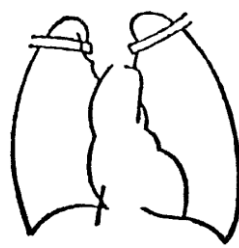


身体検査書（旅客自動車運転者）

ふりがな				性 別	生年月日		
氏 名				男・女	年 月 日 (歳)		
身 長	cm			腹 囲	c m		
体 重	kg			血 圧	～ mm Hg		
検 尿	蛋白 () 糖 () 潜血 ()						
血液 検査	貧血		赤血球 () 血色素 ()				
	肝機能		GOT () GPT () r-GTP ()				
	血中脂質		LDL コレステロール () HDL コレステロール () 中性脂肪 ()				
	血糖		血糖 ()				
視 力 ※裸眼視力が1.0未満の者は、必ず矯正視力を記入してください。		右	左	自 覚 症 状		胸部X線	
	裸 眼						
	矯 正						
聴 力	1000HZ			他 覚 症 状		撮影日 (年 月 日)	
	4000HZ						
						心電図	
既往歴							
治療中 等病名							
上記のとおり診断する。							
令和 年 月 日							
医療機関名							
医 師 名				印			