

様式第9号(第9条関係)

身体検査書

本人氏名				生年月日	年	月	日
学校名				検査年月日	年	月	日
現住所							
保護者氏名				保護者 現住所			
身長	cm	体重	kg	胸囲	cm	座高	cm
脊柱	正常・円背 亀背・側彎	胸郭	正常・扁平・漏斗鳩		栄養状態	可・要・注意	
視力	右()	屈折 異常	右	色神	正常・異常 ()	聴力	右 正常・障害
	左()		左				左 正常・障害
結核性疾患	呼吸器結核	無・有 ()	眼疾	トラホーム	無・有 (疑似・軽・重)		
	肋膜炎	無・有 ()		その他	無・有 ()		
	その他の結核	無・有 ()	耳疾	中耳炎	無・有 ()		
				その他	無・有 ()		
精神病 知的障害	無・有 ()	鼻及び咽喉疾患	蓄膿症	無・有 ()			
			扁桃腺肥大	無・有 ()			
			腺様増殖症	無・有 ()			
心臓病	無・有 ()	皮膚疾患	その他	無・有 ()			
			感染症	無・有 ()			
腎臓病	無・有 ()	歯疾	むし歯	処置 本・未処置 本			
脚気	無・有 ()		その他	無・有 ()			
その他の疾病異状	無・有 ()	運動機能	痔瘻	無・有()			
	不適・適 ()		栄養障害	無・有()			

上記検査のとおり相違ないことを証明する。

年 月 日

検査機関名

検査医師名

