

(様式2)

身体検査票

海上保安庁

ふりがな 氏名	----- 男女		生年月日	昭和 平成	年	月	日生
住所							
身長	. cm		内科所見				
体重	. kg		呼吸器				
視力	右 . (.)						
()矯正	左 . (.)		循環器 その他 内臓器官				
色覚							
その他眼疾			精神神経 系 統				
聴力	右						
	左		自・他 覚症状				
その他耳疾							
血圧			その他				
既往症							
胸部X線 検査	令和 年 月 日 撮影 所見						
	直接 間接 透視						

検査の結果上記のとおり診断します。

年 月 日
所在地
名称
医師名

印