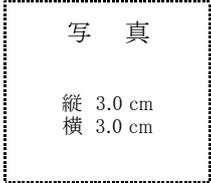


身体検査証明書(受講用)

(申請者記入欄)

氏名	(ふりがな)																		
生年月日	S											本籍	(都道府県名のみ)		都道府県				
	H	年	月	日											籍				
住所	〒			-															
身長											cm	体重						kg	
											TEL ()							-	



*必ずネガのあるもの
*スピード写真不可
*7ヶ月以内に撮影
*正面・脱帽・無背景

(医師記入欄)

1 : 視力

裸眼視力	右		左	
矯正視力 <small>*裸眼視力0.6以下の者の記入</small>	右		左	

2 : 聴力

5メートル離れて耳語の弁別	右		左	
矯正視力 <small>*5m耳語の弁別が出来ない者のみ記入</small>	右		左	

3 : 疾病の有無

咽頭	鼻喉炎・へんとう炎 等	心肺機能	呼吸音の異常・不整脈・心音の異常 等

既往症	以前かかったことのある病名

4 : 医師所見 (通常のスポーツを行うにあたって支障が有るか、無いか 等)

上記の結果であることを証明します。

平成 年 月 日 医師の氏名 印

医療機関の名称

医療機関の所在地

身体状況 自己申告書

(申請者記入欄) * 貴方は今までに以下の病気や病状を警官したことがありますか？

1: 鼻および副鼻 (手術・副鼻腔炎・花粉症 等)

2: 耳 (耳炎・難聴・耳鳴り 等)

3: 精神神経系 (脳の障害・脳震盪・てんかん・偏頭痛・閉所恐怖症・船酔い 等)

4: 呼吸器系 (結核・喘息・腹膜炎・気胸・気管支炎によくかかる 等)

5: 循環器系 (心臓障害・狭心症・高血圧症・低血圧症・静脈瘤・栓塞症 等)

6: 消化器系 (胃潰瘍・仙痛・黄疸・ヘルニア 等)

7: 泌尿器系 (腎炎・腎盂炎・腎臓結石 等)

8: 皮膚・骨・関節 (アレルギー・リウマチ・習慣性脱臼 等)

9: 目 (緑内障・白内障・乱視 等)

10: その他の疾病歴 (手術・入院・通院 等)

11: 妊娠していますか？

12: 喫煙の有無(1日の量)

13: 通用している薬物の有無

14: スポーツを禁止されたことがありますか？

上記申告に相違ありません。

平成 年 月 日 氏名 印