

身体検査書

青森県立障がい者職業訓練校用

氏名 生年月日		年 月 日生		年齢	歳
現住所		〒		性別	男 ・ 女
障がい名		等級	種 級	障がい部位	
障がい原因					
受障治療 年月日	受障年 月 日	治療 年 月 日			
療養経過					
四肢動作限				装着補装具	
視力	左 () 右 ()	通院	有 ・ 無 ヶ月 回		
聴力	左 右	身体障がい	区分	異常の有無	
色覚	正常 ・ 異常 ()		運動	有 ・ 無	
血圧			聴覚	有 ・ 無	
エックス線			言語	有 ・ 無	
			合併症	有 ・ 無	
			てんかん	有 ・ 無	
その他 (喘息・アレルギー等)					
既往歴				(具体的内容)	
就業に関して 総合所見及び 特記事項					
上記のとおり相違ありません。 令和 年 月 日 医療機関名 医師氏名					

注1. 色覚の欄は、正常、異常の別に該当事項を○で囲むこと。

2. 身体障がいの欄の運動については、小児まひによるものを含むものとし、また、聴覚については難聴、言語についてはきつ音等を含め異常の有無を○で囲み、その具体的内容を記入すること。

3. 既往歴の欄は、疾病名及びり患時の年齢を記入すること。

4. 用紙の大きさは、日本産業規格 A4 縦長とする。