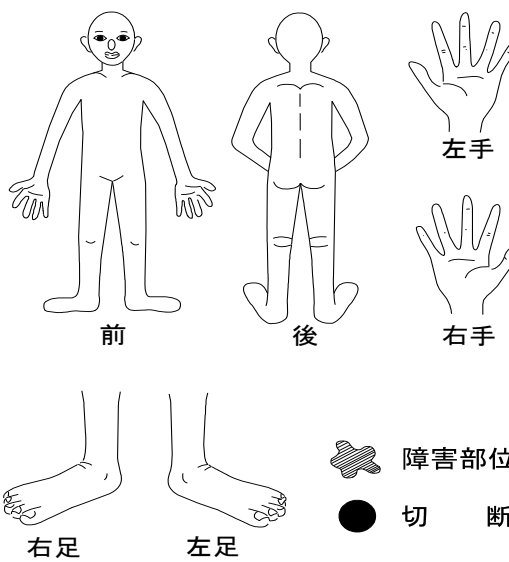


身 体 検 査 書

青森県立障害者職業訓練校

氏名 生年月日	年 月 日生	年齢	歳	
現住所	〒			
障害名	等級	種 級	障 害 部 位	
障害原因				
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	
聴力	左 右		ヶ月 回	
色覚	正常 ・ 異常 ()	身 体 障 害	区 分	異常の有無
血 圧			運 動	有 ・ 無
エックス線			言 語	有 ・ 無
			合 併 症	有 ・ 無
			てんかん	有 ・ 無
既往歴			そ の 他 (喘息・アレルギー等) (具体的内容)	有 ・ 無
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。				
平成 年 月 日 医療機関名				
医師氏名				
印				

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. 身体障害者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。