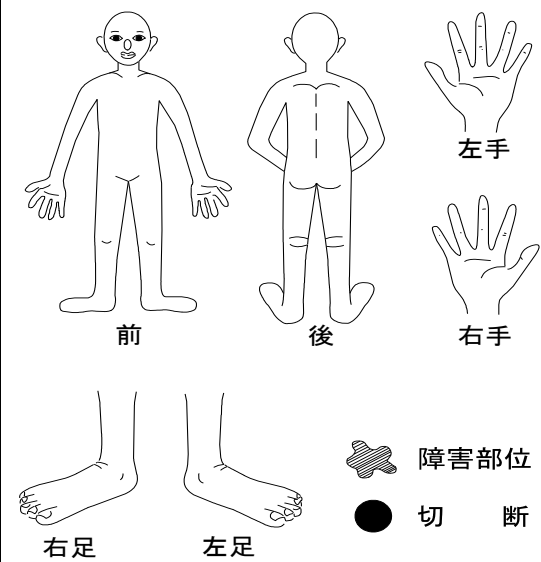


# 身体検査書

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	〒		性別	男 ・ 女	
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
		その他 (喘息・アレルギー等) (具体的内容)		有 ・ 無	
既往歴					
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					
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。