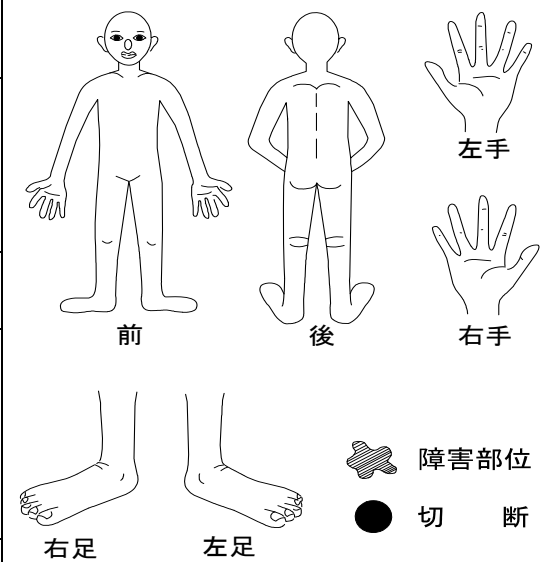


身体検査書

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 ヶ月 回	
聴力	左	右	身 体 障 害	区 分	異常の有無
色覚	正常 ・ 異常 ()			運 動	有 ・ 無
血 圧				言 語	有 ・ 無
エ ッ ク ス 線				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					

- 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。
 4. 用紙の大きさは、日本産業規格 A4 縦長とする。