身　体　検　査　票

神戸市人事委員会事務局
消防職員採用試験

※太枠内は、受験者本人が受診前に記入してください。

採用試験							受験番号
☐ 大学卒　☐ 高専･短大卒　☐ 高校卒　☐ 航海・機関							
フリガナ						性別	生年月日
名前						男・女	平成　　年　　月　　日

検査項目	診察(内科)／視力検査、色覚検査／聴力(1000Hz、4000Hz)／計測(身長、体重)／心電図／血圧／尿検査(糖、蛋白)／血液検査(GOT、GPT、総コレステロール、クレアチニン)／胸部Ｘ線直接撮影

以下、医療機関にて記載

（複数の医療機関にまたがる場合は、各機関での検査項目について1部ずつ本様式を作成）

検査日	年　　月　　日			
身長	.　　cm	⑥ 血圧	高	mmHg
体重	.　　kg		低	mmHg
① 視力	右	裸眼・矯正（　.　）	⑦ 心電図	☐ 所見なし ☐ 所見あり（心電図記録票を添付） （　　）
	左	裸眼・矯正（　.　）		
	両眼	裸眼・矯正（　.　）		
② 色覚（石原式）	☐ 所見なし ☐ 所見あり （　　）		⑧ 胸部X線（直接）	 所見　☐あり　☐なし （　　）
③ 聴力		1000Hz　4000Hz		
	右	正常・異常　正常・異常		
	左	正常・異常　正常・異常		
④ 尿	蛋白	－　±　1+　2+　3+　4+		
	糖	－　±　1+　2+　3+　4+		
⑤ 血液	GOT	U/L		
	GPT	U/L		
	TC 総コレステロール	mg/dL		
	クレアチニン	mg/dL		
⑨問診	既往歴			
	その他所見			

総合所見 ※要経過観察以下に該当がある場合は、（　）内に該当番号・項目名をご記載ください。	☐ 異常なし【ほぼ正常含む】	本紙のとおり診断します。
	☐ 要経過観察（　　）	
	☐ 要再検査　（　　）	医療機関名
	☐ 要精密検査（　　）	
	☐ 要治療　（　　）	所在地
	☐ 治療継続　（　　）	
就労の可否	☐ 就労に問題なし	電話番号
	☐ 就労にあたって要配慮	
	☐ 就労困難	担当医師名
	☐ その他	㊞