

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	(西暦)	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						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。 医療機関名 所在地 電話番号 担当医師名										
	☐ 要経過観察 ()																
	☐ 要再検査 ()																
	☐ 要精密検査 ()																
	☐ 要治療 ()																
就労の 可否	☐ 治療継続 ()																
	☐ 就労に問題なし																
	☐ 就労にあたって要配慮																
	☐ 就労困難																
☐ その他																	