

身体検査票（令和6年度阿久根市職員採用試験（消防））

フリガナ 氏名			生年 月日	年 月 日生	性別	男・女	
既往歴			自覚症状 及 他覚所見	言語		運動機能	
身長	cm	体重	kg	握力	右 kg	左 kg	
視力	裸眼	右 () 左 () 両 ()	矯正	右 () 左 () 両 ()	色覚		
聴力	右	1000Hz	dB	1000Hz	dB	血圧	
		4000Hz	dB	4000Hz	dB		
				尿	糖() 蛋白() 潜血()		
胸部X線検査	直接 間接						
	フィルム番号 No.						
血液検査	白血球 :		GOT :		T-CHO :		
	赤血球 :		GPT :		中性脂肪 :		
	血色素 :		γ-GTP :		空腹時血糖値 :		
心電図							
検査医の所見 及び意見	令和 年 月 日						
	検査医療機関名				印		
備考		検査医氏名					

(両面印刷)

令和6年12月

医療機関各位

阿久根市総務課

身体検査の実施及び身体検査票の作成について

この身体検査票の持参者は、阿久根市職員採用試験（消防）の受験者です。下記に御留意の上、診断していただきますようお願いいたします。

記

- 1 身体検査票の全項目について検査を実施してください。
（令和6年12月11日以降の検査結果が有効です。）
なお、検査できない項目がある場合は、検査前に他の医療機関で検査するようお伝えください。
- 2 検査に必要な費用は、受験者本人の負担とします。
- 3 身体検査票が作成できましたら、受験者本人にお渡しください。