

## 身体検査票（令和4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 び			
			他覚所見			
身長	cm	体重	kg	握力	右 kg 左 kg	
視力	右（ ） 裸眼 左（ ） 両（ ）	右（ ） 矯正 左（ ） 両（ ）	色覚			
聴力	1000Hz	dB	1000Hz	dB	血圧	
	右 4000Hz 囁語法	dB	左 4000Hz 囁語法	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 検査医氏名 <span style="float: right;">印</span>					
備考						

令和4年7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4年7月1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、封入・封かんの上、受験者本人にお渡しください。  
（検査結果については受験者本人に御説明していただいても構いません。）