

身体検査票（令和 7 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				
				言 語		運動機能	
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	— mmHg			
	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 検 査 医 氏 名 印						
備 考							

令和7年 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7年8月28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。