

身体検査票

※着色部は受験者が記入及び顔写真を貼付してください。

試験名	佐賀県警察職員	試験区分	航海士	受験番号		撮影年月日 令和 年 月 日		
ふりがな		生年月日	昭・平 年 月 日生 (検診日現在:満 歳)	■ 大きさ 縦 4 cm × 横 3 cm ■ 6ヶ月以内に無帽、上半身、正面向きで撮影したもので本人と確認できるもの。 医師印				
氏名								
【既往歴について】 「現在、治療中」もしくは「過去にかかったことのある」病気・ケガ・手術について、下記欄に該当があればチェックしてください。 その他に診断されている病名等あれば、病名・発症時期・病気の経過欄に記載してください。 正しい診断をするために、できるだけ具体的に記入するようお願いします。ない場合は、【病名】の欄に「なし」と記入してください。								
既往歴	☐ 高血圧 ☐ 糖尿病 ☐ 不整脈 ☐ 心疾患() ☐ 脳疾患()							
現病歴	☐ 肝疾患() ☐ 腎疾患() ☐ その他()							
病 名			病気の経過 1 現在治療中 2 完治 3 その他()					
発症時期	年 月 ころ (初めて診断を受けた時期でも可)							
病 名			病気の経過 1 現在治療中 2 完治 3 その他()					
発症時期	年 月 ころ (初めて診断を受けた時期でも可)							

※以下の枠内が検査項目等です。

項目	検査結果	項目	検査結果	
身長	. cm	胸部X線	 X線 間接、直接(No.) (所見)	
体重	. kg			
BMI	. (小数点第1位まで) ※ BMI=体重(kg)÷身長(m)÷身長(m)			
血圧	最高 mmHg 最低 mmHg			
尿検査	蛋白 - ± + ++ +++	問診	呼吸器	
	糖 - ± + ++ +++		循環器	
視力	左 裸眼 矯正 ()		眼疾	
	右 裸眼 矯正 ()		耳鼻咽喉	
聴力 オーディオメータ または耳語法	左 正常・異常 異常な場合の所見		四肢・障害 全身の運動機能	
	右 正常・異常 異常な場合の所見		椎間板ヘルニア	
総合判断	☐ 就業上支障なし ☐ 要精密検査 項目: ☐ 就業不可 理由:		精神・神経	
			言語	
			その他の 疾患機能障害等	

就業上の 注意事項	
上記のとおり診断いたします。	
受診機関の名称及び所在地	
令和 年 月 日	
医 師 氏 名	