

長野県警察官採用健康診断書

※印欄は受験者が記入してください。

※受験番号	※氏名	男・女	※生年月日 年 月 日	※住所	
※既往 往 症	病名		※現在の病気又はけが等の状況（該当者のみ）		
	時期 年 月（満 歳）				
	期間 日間				
身体 測 定	身長	. cm	視力 裸眼視力が0.6未満の 場合、矯正視力を測定願 います。	右	. 矯正(.)
	体重	. kg		左	. 矯正(.)
	胸囲(男性のみ)	. cm		矯正視力が1.0未満の理由:	
色覚	「 」枚読み検査のうち、誤読枚数は「 」枚 ※検査方法は、 石原色覚検査表 （検査表の種類は問わない）により 12枚以上 実施してください。 記載例：誤読なしの場合…「12」枚読み検査のうち、誤読枚数は「0」枚				
診 察	眼疾	脊柱	(所見)		
	耳鼻咽喉	胸部			
	言語	皮膚			
	聴力	四肢関節			
	外傷・火傷・手術痕等・ その他の疾病・障害				
血 圧 測 定 値	～ mmHg	検尿 いずれかに丸印を つけてく ださい。	蛋白質 (- ± + ++ +++)		
			糖 (- ± + ++ +++)		
			ウレリノーゲン (- ± + ++ +++)		
			潜血 (- ± + ++ +++)		
胸部X線検査	間接・直接 No. 月 日撮影 6 × 6cm・7 × 7cm・10 × 10cm (所見) <small>必要があれば喀痰 検査も行ってください。</small>				
総合所見	就業 (可 不可) ※警察官という職業を踏まえたうえでお願いします。				
就業上の 注意事項					
上記のとおり診断します。 令和 年 月 日					
検診機関		所在地 機関名 医師			
⑩					

(受験者へ注意事項)

提出日前3ヶ月以内に受診したものを有効とします。

(医療機関各位へお願い)

本状持参者は、長野県警察官採用試験受験者です。上記項目のすべてについて検診して下さるようお願いいたします。

検査の結果、異常が認められた場合は、再検査又は精密検査結果を添付してください。（病名、症状、治療の要・不要、治療が必要とすればその方法、期間などを診断してください。）なお、検診終了後は、**密封封印**のうえで受験者に交付してください。

この健康診断書に記載された個人情報、この採用試験のために必要な範囲でのみ利用します。

長野県警察本部警務部警務課警察職員採用センター 電話 (026) 233 - 0110 内線 2631~2636