

(様式1)

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
※既往症	病名 時期 年 月 (満 歳) 期間 日間	※現在の病気又はけが等の状況 (該当者のみ)		
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:	
定色覚	「 」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 ※誤読が1枚以上ある場合は、「パネルD-15」で再検査を実施してください。			
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 (- ± + ++ +++)	
			ウロビリノーゲン (- ± + ++ +++)	
			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) 必要があれば喀痰検査も行ってください。			
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		㊞

(受験者へ注意事項)

提出日前3か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/フリーダイヤル 0120-314-031