

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		※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	右	. 矯正(.)
	体重	. kg		左	. 矯正(.)
	胸囲(男性のみ)	. cm	裸眼視力が0.6未満の場合、矯正視力を測定願います。		
				矯正視力が1.0未満の理由:	
色覚	石原式	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。 検査枚数（ 枚）読み検査のうち、誤読枚数は（ 枚） ※記載例：誤読なしの場合…検査枚数（12枚）読み検査のうち、誤読枚数は（0枚）			
	パネルD-15	石原式による検査で 誤読が1枚以上ある場合は、「パネルD-15テスト」で再検査を実施し、その判定用紙を添付してください。 <input type="checkbox"/> PASS(ノエラー) <input type="checkbox"/> PASS(ワノエラー) <input type="checkbox"/> PASS(マイエラー) <input type="checkbox"/> FAIL			
診察	眼疾患	<input type="checkbox"/> 所見なし <input type="checkbox"/> 所見あり()	胸部	<input type="checkbox"/> 所見なし <input type="checkbox"/> 所見あり()	
	耳鼻咽喉	<input type="checkbox"/> 所見なし <input type="checkbox"/> 所見あり()	皮膚	<input type="checkbox"/> 所見なし <input type="checkbox"/> 所見あり()	
	言語障害	<input type="checkbox"/> 所見なし <input type="checkbox"/> 所見あり()	外傷・火傷	<input type="checkbox"/> 所見なし <input type="checkbox"/> 所見あり()	
	四肢関節	<input type="checkbox"/> 所見なし <input type="checkbox"/> 所見あり()	手術痕	<input type="checkbox"/> 所見なし <input type="checkbox"/> 所見あり()	
	脊柱	<input type="checkbox"/> 所見なし <input type="checkbox"/> 所見あり()	その他疾病・障害	<input type="checkbox"/> 所見なし <input type="checkbox"/> 所見あり()	
	聴力	右 1000Hz	<input type="checkbox"/> 所見なし <input type="checkbox"/> 所見あり()	血 圧	測定値 ~ mmHg
右 4000Hz		<input type="checkbox"/> 所見なし <input type="checkbox"/> 所見あり()			
左 1000Hz	<input type="checkbox"/> 所見なし <input type="checkbox"/> 所見あり()				
左 4000Hz	<input type="checkbox"/> 所見なし <input type="checkbox"/> 所見あり()				
胸部X線検査	<input type="checkbox"/> 間接 <input type="checkbox"/> 直接 No. 月 日 撮影 (所見) ※フィルムNo.で管理していない場合は、患者番号等を記入してください。 ※必要であれば痰阿検査も行ってください。				
尿検査	蛋白質	<input type="checkbox"/> 再検査・要精密検査 <input type="checkbox"/> 経過観察 <input type="checkbox"/> 所見なし	- · ± · + · ++ · +++		
	糖	<input type="checkbox"/> 再検査・要精密検査 <input type="checkbox"/> 経過観察 <input type="checkbox"/> 所見なし	- · ± · + · ++ · +++		
	ウレビリノーゲン	<input type="checkbox"/> 再検査・要精密検査 <input type="checkbox"/> 経過観察 <input type="checkbox"/> 所見なし	- · ± · + · ++ · +++		
	潜血	<input type="checkbox"/> 再検査・要精密検査 <input type="checkbox"/> 経過観察 <input type="checkbox"/> 所見なし	- · ± · + · ++ · +++		
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		①	

※ 提出日前3か月以内に受診したものを有効とします。 ※診断書は密封封印の上、本人に交付してください。
 ※ この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

令和8年5月吉日

医療機関の担当医師 様

長野県警察本部

健康診断の実施について（依頼）

本状持参者は長野県警察官採用試験受験者です。採用試験に必要なものとなりますので、裏面の健康診断書により、下記のとおり診断を実施していただきますよう御協力をお願いいたします。

なお、検査に要する経費は受験生に負担していただいておりますので、本人から徴収してください。

- 検査可能な全ての項目について、実施してください。記入漏れ等がありますと、本人に再受診していただく必要がありますので、記入漏れがないようお願い致します。
- 検査を行えない項目がある場合は、その旨を本人に伝え、別に医療機関においてその項目を受診するように指示していただきますようお願い致します。
- 所見は必ず記入していただきますようお願い致します。なお、全ての検査項目について検査していない場合でも、検査した範囲の所見については記入していただきますようお願い致します。
- 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を実施し、その結果を添付してください（病名、症状、治療の要否、治療が必要な場合その方法と期間などを診断してください）。
- 色覚の検査方法は、「**石原色覚検査表**（検査表の種類は問わない）」とし、**12枚以上実施**してください。**誤読が1枚以上ある場合は、「パネルD-15テスト」で再検査を実施し、判定用紙を添付してください。**
パネルD-15テストの設備がない場合は、検査を行える眼科医において検査するよう指示していただきますよう、重ねてお願い申し上げます。
- 健康診断書は**密封封印**の上、本人に交付していただきますようお願いいたします。

【お問合せ先】

長野県警察本部警務課警察職員採用センター

電話026-233-0110

採用フリーダイヤル0120-314-031

時間：平日の午前8時30分から午後5時15分まで