

身体検査票

秘(1)

仙台市人事委員会

試験の種類・区分	受験番号	氏 名	生年月日・性別	連絡電話番号
消防士(大学の部)			平成 年 月 日 男 ・ 女	()

身長	. cm	体重	. kg	血 圧	～	☐	
腹 囲				貧 血 査 検 査	血色素量	☐	
視 力	右	. (.)			赤血球数	☐	
	左	. (.)			H t	☐	
色 覚	所見 な し・あ り				白血球数	☐	
聴 力	右1000Hz 4000Hz	所見 な し・あ り	肝機能 検 査	G O T	☐		
		所見 な し・あ り		G P T	☐		
	左1000Hz 4000Hz	所見 な し・あ り		γ - G T P	☐		
		所見 な し・あ り		L D Lコレステロール	☐		
胸 部 X 線 検 査	フィルム番号 No. 			血 中 質 脂 査	H D Lコレステロール	☐	
					T G	☐	
				血 糖		☐	
				尿 検 査	糖		☐
					蛋 白		☐
				心 電 図 検 査		1 異常なし 2 要精検	

異常がある項目の□にチェックしてください。

・運動機能, 神経機能等で特記すべき事項

総合判定	診察所見
1 異常なし 2 軽度異常 3 要経過観察 4 要治療 5 要精密検査 6 治療中	(総合判定が2～6の場合は, 所見のある検査項目ごとに詳細を記載願います。)

上記のとおり診断します。

年 月 日

医療機関名
(所在地)
(電話番号)
担当医師名

印

秘 問 診 事 項

1. 既 往 症

(1) あなたは、以前、結核性の病気にかかったことがありますか。

ア. あ る — { 病 名
年 月頃から 年 月頃まで
イ. な い

(2) (1) 以外の病気やケガで入院し、又は1か月以上通院したことがありますか。

ア. あ る — { 傷 病 名
年 月頃から 年 月頃まで
{ 傷 病 名
年 月頃から 年 月頃まで
{ 傷 病 名
年 月頃から 年 月頃まで
イ. な い

2. 現在の体調 (ウ、エについては女性のみ)

ア. 良 い イ. 悪 い [] ウ. 妊娠中 エ. 生理中

3. ツベルクリン反応

今までに、ツベルクリン反応が陽性 (直径10mm以上に赤くなる) になったことがありますか。

ア. 陽性になったことがある

イ. 陽性になったことはない

ウ. わからない

4. 現在の障害の治療状況 (身体障害者手帳をお持ちの方のみ記入してください。)

身体障害者手帳に記載されている障害名の関係で現在、通院していますか。

ア. 通院している。[]

(カッコには、通院の頻度について記入してください。〔例〕週に2回程度、年に1回程度)

イ. 通院していない。

備 考

--