


# 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
回転翼航空機操縦士				昭和 年 月 日 平成 男・女	( )
身長	. cm	体重	. kg	血 圧	~ <input type="checkbox"/>
腹 囲				貧 血 査 検	血色素量 <input type="checkbox"/>
視 力	右	. ( . )			赤血球数 <input type="checkbox"/>
	左	. ( . )			H t <input type="checkbox"/>
色 覚	所見 なし・あり				白血球数 <input type="checkbox"/>
聴 力	右1000Hz 4000Hz	所見	なし・あり	肝機能 検 査	G O T <input type="checkbox"/>
		所見	なし・あり		G P T <input type="checkbox"/>
	左1000Hz 4000Hz	所見	なし・あり		γ-G T P <input type="checkbox"/>
胸 部 X 線 検 査	フィルム番号 No.			血 中 質 査 検	LDLコレステロール <input type="checkbox"/>
					HDLコレステロール <input type="checkbox"/>
					T G <input type="checkbox"/>
	1 異常なし      2 要精検			血 糖 <input type="checkbox"/>	
				尿 査 検	糖 <input type="checkbox"/>
			心 電 図 査 検	1 異常なし      2 要精検	
<p>・運動機能, 神経機能等で特記すべき事項</p>					
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。		医療機関名 (所在地)		印	
年 月 日		担当医師名			

異常がある項目の□にチェックしてください。

# 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

--