

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（高校の部）						昭和 平成 年 月 日 男 ・ 女		()	
身長		. cm		体重		. kg		血圧 ~ ☐	
腹囲				貧血検査		血色素量		☐	
視力		右 . (.)				赤血球数		☐	
		左 . (.)				Ht		☐	
色覚		所見 な し・あ り				白血球数		☐	
聴力		右1000Hz 4000Hz		所見 な し・あ り 所見 な し・あ り		肝機能検査		GOT ☐	
				GPT ☐					
				γ-GTP ☐					
				左1000Hz 4000Hz		所見 な し・あ り 所見 な し・あ り		LDLコレステロール ☐	
胸部 X線 検査		フィルム番号 No. 		1 異常なし 2 要精検		血中 脂質 検査		HDLコレステロール ☐	
								TG ☐	
						血糖		☐	
						尿 検査		糖 ☐	
								蛋白 ☐	
						心電図 検査		1 異常なし 2 要精検	
・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 →（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。）							
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									
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

--