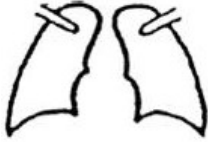


身 体 検 査 票

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 平成 年 月 日 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"/>
					γ-G T P <input type="checkbox"/>
	左1000Hz 4000Hz	所見	なし・あり	血 中 脂 質 検 査	LDLコレステロール <input type="checkbox"/>
	所見	なし・あり	HDLコレステロール <input type="checkbox"/>		
胸 部 X 線 検 査	フィルム番号 No.			血 糖	T G <input type="checkbox"/>
					尿 糖 <input type="checkbox"/>
				尿 蛋 白 <input type="checkbox"/>	
				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 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	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。)
--	---

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

