

身体検査票(令和6年度長島町職員採用試験【消防職】)

フリガナ 氏名			生年 月日	年 月 日生		性別	男 ・ 女	
既往歴				自覚症状 及 び 他覚所見				
				言語			運動機能	
身長	cm		体重	kg		握力	右 kg	左 kg
視力	右() 裸眼 左() 両()	矯正	右() 左() 両()			色覚		
聴力	1000Hz dB	左	1000Hz dB	血圧		- mmHg		
	4000Hz dB		4000Hz dB	尿	糖()蛋白()潜血()			
胸部X線検査	直 接 間 接 フィルム番号 No.							
血液検査	白血球 :		GOT :		T-CHO :			
	赤血球 :		GPT :		中性脂肪 :			
	血色素 :		γ-GTP :		空腹時血糖値:			
心 電 図								
検査医の所見 及 び 意 見	令和 年 月 日 検査医療機関名 検 査 医 氏 名 ⑩							
備 考								

医療機関各位
・身体検査票の全項目について検査を実施してください。
・検査に必要な費用は、受験者本人の負担とします。