

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()		右()		色覚			
	裸眼 左()	矯正 左()	左()					
	両()	両()	両()					
聴力	1000Hz	dB	1000Hz	dB	血圧	- mmHg		
	右 4000Hz	dB	左 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。