

秘

身体検査書

小豆地区広域行政事務組合

(医療機関各位へお願い)

- ・ 下記検査項目の全てについて実施して下さるようお願いいたします。
- ・ 「身長」、「体重」、「視力」、「聴力」、「血圧」は数値を、「胸部所見」はX線直接撮影による検査結果を、「呼吸器」、「循環器」、「消化器」、「神経系」、「眼疾」、「色覚」、「主たる既往歴」は、問診に基づく検査結果を記載してください。
- ・ 検査終了後は、密封のうえ受験者に交付してください。その際、総合所見について、受験者にご説明くださるようお願いいたします。

※ 氏 名		※ 生年月日 (満年齢)		受験番号 (記入しないこと)	
		年 月 日 (歳)			

身長	cm		呼吸器		
体重	kg		循環器		
			消化器		
視力	右	(矯正)	神経系		
	左	(矯正)			
聴力	右		眼疾		
	左				
血圧	最高		色覚	正常 ・ その他 () (赤色、青色及び黄色の色彩の識別ができること)	
	最低				
主たる既往歴		(年 月 ~ 年 月)			
		(年 月 ~ 年 月)			
胸部所見	 X線直接撮影 フィルム番号No. (年 月 日撮影)		(所見)		
総合所見	医療の面	1 (要医療) 2 (要観察) 3 (健康) * 左の番号に○を記入ください。			
	特記事項				
検査の結果、上記のとおり診断します。					
年 月 日 医療機関名					
医 師 名 (印)					

【受験者へ】

1. ※印欄は、検診の前に受験者が記入してください。
2. 受診は、医療機関で全検査項目について受診してください。(全ての検査項目について検査が可能な医療機関であれば、公立、民間の別は問いません。)
3. 身体検査書は、密封したまま提出してください。
4. 身体検査料は、受験者の負担とします。