

# 健 康 診 断 書

選考考査用

試験名	警察官採用選考	試験区分	サイバー特別捜査官	受験番号	
氏名	生年月日		平成	年	月 日 (満 歳)
連絡先	自宅電話 ( )	-	携帯電話 ( )	-	

**【医療機関の方へお願い】**

- 1 診断項目の⑨色覚検査は「石原式色覚検査表」で実施してください。
- 2 診断項目の⑩聴力検査は左右の耳ともオーディオメータにて聞き取れる限界（最小値）まで測定し、その測定値（dB）を記入してください。
- 3 診断項目の①は問診、②はX線不用、②～⑦は診察（触診、視診、聴打診）、⑧～⑫は検査を実施してください。  
 ⑧の視力基準は、両眼とも裸眼視力が0.6以上又は矯正視力1.0以上です。  
 ⑫の心電図については心電図記録用紙（コピー可）を添付してください。なお、所見あり及びその他にレ印を打たれた場合は、( )内に内容を記載してください。
- 4 診断結果は、受験者が持参した返信用封筒に入れ封印してください。

身長	cm	体重	kg	胸 囲 <small>(男性のみ)</small>	cm
診断項目	診断結果	診 断 医師印	診断項目	診断結果	診 断 医師印
① 既往症	<input type="checkbox"/> 所見なし <input type="checkbox"/> 所見あり ( )	印	② 脊柱及び 胸 郭	<input type="checkbox"/> 所見なし <input type="checkbox"/> 所見あり ( )	印
③ 腰 部 及 び 膝	<input type="checkbox"/> 所見なし <input type="checkbox"/> 所見あり ( )	印	④ 眼 疾	<input type="checkbox"/> 所見なし <input type="checkbox"/> 所見あり ( )	印
⑤ 耳鼻咽喉	<input type="checkbox"/> 所見なし <input type="checkbox"/> 所見あり ( )	印	⑥ 皮 膚	<input type="checkbox"/> 所見なし <input type="checkbox"/> 所見あり ( )	印
⑦ その他の 疾病異常	<input type="checkbox"/> 所見なし <input type="checkbox"/> 所見あり ( )	印	⑧ 視 力	右 裸眼 ( 矯正 ) 左 ( ) ※測定値を必ず記入してください	印
⑨ 色 覚	<input type="checkbox"/> 正 常 <input type="checkbox"/> そ の 他 ( ) ※石原式で実施してください	印	⑩ 聴 力	右 1000Hz dB 4000Hz dB 左 dB dB ※測定値を必ず記入してください	印
⑪ X 線	<input type="checkbox"/> 所見なし <input type="checkbox"/> 所見あり ( )	印	⑫ 心 電 図 <small>(ゲ-ガ-添付)</small>	<input type="checkbox"/> 所見なし <input type="checkbox"/> 所見あり ( )	印
⑬ 尿	蛋 白	糖	ウロビリノーゲン		印
	-・±・+・++・+++	-・±・+・++・+++	±・+・++・+++		
⑭ 血 圧	mmHg /	mmHg			印
⑮ 肝 機 能	GOT	GPT	γ-GTP		印
	IU/L	IU/L	IU/L		
総合所見欄 <input type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> 異常あり (診断名 )					
令和 年 月 日 実施機関 <span style="float: right;">印</span>					

**《健康診断受診上の注意》**

- 1 この検査は、全検査項目を同一医療機関（保健所は不可）で、漏れなく受診してください。
- 2 太枠内は、受験者本人が記入してください。
- 3 この健康診断書は、別途指定された期日（必着）までに採用センターに提出してください。

〒460-8502 名古屋市中区三の丸二丁目1番1号

愛知県警察本部警務課採用センター TEL052-951-1611(代) (2674~2679)