身　体　検　査　票

受験番号
―

写真貼付
（４cm×３cm）
上半身・正面・脱帽
過去３か月以内に
撮影したもので
鮮明なもの

※１ページ目は全て本人が記入すること。

ふりがな		性　別	生　年 月　日	平成　　年　　月　　日生
氏　名		男・女		

◎既往歴、現病歴について当てはまる（　）欄に〇を記入してください。「治療中」又は「治療済み」に〇を記入した方は、具体的な疾患名及び診断日から治癒時期も含めて記載してください。
（診断日等、正確な日付が分からない方は、大まかな日付（～年頃）で構いません。）
※職務遂行に必要な健康度を有しているかを判定するための資料とします。

疾患	無し	治療中	治療済み	疾患名及び診断日から治癒時期
※記載例 糖　尿　病	（　　）	（　〇　）	（　　）	疾患名：１型糖尿病 （出生時から現在に至るまで治療中　）
心　疾　患	（　　）	（　　）	（　　）	疾患名： （　　）
肺　疾　患	（　　）	（　　）	（　　）	疾患名： （　　）
肝　疾　患	（　　）	（　　）	（　　）	疾患名： （　　）
糖　尿　病	（　　）	（　　）	（　　）	疾患名： （　　）
腎　疾　患	（　　）	（　　）	（　　）	疾患名： （　　）
てんかん	（　　）	（　　）	（　　）	疾患名： （　　）
精神疾患	（　　）	（　　）	（　　）	疾患名： （　　）
喘　　息	（　　）	（　　）	（　　）	疾患名： （　　）
そ　の　他	（　　）	（　　）	（　　）	疾患名： （　　）

記入日　　令和　　年　　月　　日

上記の内容に相違ありません。　　（本人記名：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿）

ここには記入しないでください。

検　査　日	令和　　年　　月　　日		
身　　長	cm	体　　重	kg
血　　圧	／　　mmHg	※視力については、矯正視力を含み両眼で 0.7 以上かつ一眼でそれぞれ 0.3 以上必要です。両眼・片眼とも全て記入してください。検査結果がこれに満たない場合は、必ず受診者に検査結果をお伝えください。	
視力検査	両眼　.　（矯正　.　） 右眼　.　（矯正　.　） 左眼　.　（矯正　.　）		
色彩識別 （赤・青・黄色の識別）	□　識別可　　□　識別不可 （識別不可の場合は、具体的な症状について記入してください。）	※赤・青・黄色の識別ができれば「識別可」とします（パネル D-15 テスト等の色覚検査で判定していただいても構いません。）。	

聴力検査	右	1000Hz	dB	4000Hz	dB
	左	1000Hz	dB	4000Hz	dB

尿　検　査	蛋白	（　　）	心　電　図　検　査
	糖	（　　）	
血液検査	腎機能	クレアチニン	mg/dℓ
	肝機能	A S T	IU/ℓ
		A L T	IU/ℓ
		γ-GTP	IU/ℓ
	血糖	空腹時血糖	mg/dℓ
		HbA1c	%

□　所見なし
□　所見あり（所見ありの場合、心電図記録表を添付してください。）
所見

胸部エックス線検査	 □　所見なし　　□　所見あり（所見ありの場合、エックス線フィルムを添付してください。） 所見 （直接・間接）**いずれかに○**
総合所見	□　所見なし □　所見あり 所見
就業上の配慮	□　要　　□　不要 就業上の配慮が要の場合、どういった配慮が必要か

上記のとおり診断します。　医療機関名
（所在地）
（電話番号）
令和　　年　　月　　日　担当医師名

※記入間違い、記入漏れがないことを確認し、受診者にもその旨お示しください。