

身 体 検 査 書

兵庫県警察官採用センター

【自主申告欄（受験者記入）】

住 所	〒 -	区 分	受 験 地	受験番号
		ふりがな		
(電 話)	TEL ( ) -	氏 名	男・女	
	携帯 ( ) -	生年月日	平成 年 月 日 ( 歳)	

次の事項は、検査までに黒色ボールペン等で記入しておいてください。  
 なお、記入内容に虚偽、不正又は不申告があった場合は、合格しても採用されない場合、また、採用された後も採用が取り消される場合があります。

1 現在治療中又は過去の傷病歴の該当項目に✓を記入してください。（該当項目は全て✓してください。）

※ ✓を記入した傷病等は、下記2～4に詳細を記入してください。

- |   |                                  |  |
|---|----------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> 脳・神経系の病気         | <input type="checkbox"/> 血液の病気   | <input type="checkbox"/> 免疫・アレルギーの病気   |
| <input type="checkbox"/> 皮膚の病気            | <input type="checkbox"/> 呼吸器系の病気 | <input type="checkbox"/> 生殖器・女性の病気     |
| <input type="checkbox"/> 運動器の傷病(骨折・ヘルニア等) | <input type="checkbox"/> 循環器系の病気 | <input type="checkbox"/> 目・耳鼻・咽喉・口腔の病気 |
| <input type="checkbox"/> 腎臓・泌尿器科の病気       | <input type="checkbox"/> 消化器系の病気 | <input type="checkbox"/> 精神・心の病気       |
| <input type="checkbox"/> 内分泌・代謝の病気        | <input type="checkbox"/> 感染症     | <input type="checkbox"/> その他           |

傷病等にかかったことがない→

2 現在治療中の傷病（風邪等の軽度傷病を除く。）

あり（詳細を下欄に記入）※ 最近のものから記入してください。

なし

傷病名	部位	受傷・発病年月	手術の有無	入院の有無	現在の症状・完治の見込み
		H 年 月 R	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	
		H 年 月 R	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	
		H 年 月 R	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	

※ 記載欄が足りない場合は傷病名のみ右に記入してください。

3 継続的に服用している薬

あり（詳細を下欄に記入）

なし

薬品名・頻度など

4 過去の傷病歴

あり（詳細を下欄に記入）※ 最近のものから記入してください。

なし

傷病名	部位	受傷・発病年月	手術の有無	入院の有無	治癒・完治年月	後遺症等の有無
		H 年 月 R	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	H 年 月 R	<input type="checkbox"/> あり（症状） <input type="checkbox"/> なし
		H 年 月 R	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	H 年 月 R	<input type="checkbox"/> あり（症状） <input type="checkbox"/> なし
		H 年 月 R	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	H 年 月 R	<input type="checkbox"/> あり（症状） <input type="checkbox"/> なし

※ 記載欄が足りない場合は傷病名のみ右に記入してください。

上記記載内容に相違ありません。

令和 年 月 日

氏 名 (必ず自署してください。)

【受験者への注意事項】

- この身体検査書を、医療機関に持参し、各自で身体検査を受けてください。
- 検査に際しては、裏面記載の全ての項目について検査を実施できない医療機関もありますので、事前に各自で医療機関に問い合わせ（検査項目の有無、検査日時、予約等）してください。
- 循環器、血液検査、尿検査等で精密検査・再検査を要する場合は、早急に検査を行い、診断書を送付してください。精密検査・再検査の結果については書類の提出期限を過ぎても構いません。
- 検査料はすべて本人負担とします。また、過去の受診結果の提出は認めません。
- 提出された身体検査書は、返還しません。

ふりがな	
氏名	

【検査結果・理学的所見欄(医師記入)】

体 格	身長	.                    cm		色	仮性同色表による検査	<input type="checkbox"/> 石原式 <input type="checkbox"/> 他(                    )				
	体重	.                    kg				正・異 (                    )				
視 力 ( )は矯正視力	両眼	.                    ( . . )		覚	色相配列検査 (パネLD-15)	PASS                    FAIL				
	右単眼	.                    ( . . )				<u>仮性同色表による検査で異常が認められた場合のみ色相配列検査を実施してください。</u> その場合、お手数ですが結果票(コピー可)を添付してください。				
	左単眼	.                    ( . . )								
問 診	薬の服用 (一時的なものを除く)	無・有 (                    )		胸部 X 線	※1ヶ月以内に撮影したもので診断してください。	撮影 ( 直接・間接 )				
	椎間板ヘルニア	無・有 (                    )				月    日    No.				
	膝靭帯断裂等	無・有 (                    )				正・異 (                    )				
	アレルギー等	無・有 (                    )				1回目 最高                    最低				
	意識障害・けいれん等発作	無・有 (                    )				2回目 最高                    最低				
聴 力 ※4分法Bは異常の場合のみ実施してください。	右	1000Hz(30dB)	正・異	※4分法B	循 環 器	血 圧	1回目 最高                    最低			
		4000Hz(30dB)	正・異				2回目 最高                    最低			
	左	1000Hz(30dB)	正・異	※4分法B			心 音	正・異 (                    )		
		4000Hz(30dB)	正・異					正・異 (                    )		
眼 疾	正・異 (                    )		血液検査	AST(GOT)   ALT(GPT)   γ-GTP   Hb(血色素)						
	正・異 (                    )			基準値                    基準値                    基準値                    基準値						
耳鼻咽喉	正・異 (                    )		皮膚	※「基準値」の欄は真医療機関における正常範囲等を記載してください。						
脊柱及び胸郭	正・異 (                    )			正・異 (                    )						
四肢及び関節 (特に手指)	正・異 (                    )		尿 検 査	蛋白 (                    )                    糖 (                    )						
その他の疾病及び異常	正・異 (                    )			ウロビリ (                    )                    潜血 (                    )						
総合所見	※激しい運動や24時間勤務の可否、精密検査・経過観察を要する項目等を記載してください。									
検査の結果、上記のとおり診断します。					医療機関名					
令和    年    月    日					担当医師名					
					印					

【医療機関御中】

この身体検査書持参者は、兵庫県警察官採用試験の受験者です。つきましては、検査書の「検査結果・理学的所見欄」に記載されており、**全ての項目**について、結果を記入して下さるようお願いいたします。

- 「眼疾、耳鼻咽喉、皮膚、脊柱及び胸郭、四肢及び関節、その他の疾病及び異常、循環器(心音)」については、理学的所見を記入してください。
- 問診は、各項目について所見の有無を確認してください。所見があれば、治療、経過、採用後の健康管理に参考となる事項を記入してください。
- 既往歴は、自主申告欄の記載に基づき、治療、経過、採用後の健康管理に参考となる事項を記入してください。(問診で確認した事項は記入を要しません。必要に応じて、総合所見欄に記入していただいても結構です。)
- 各結果はボールペン等を使用し、日本語で病名・程度等を記入してください。
- 検査終了後は本書を本人に交付してください。なお、精密検査や再検査を要する場合は、本人に伝えてください。

【検査に関する問い合わせ先】

兵庫県警察官採用センター TEL 0120-145-314 (直通)                    078-341-7441 (代表)