

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					男・女
		氏 名					
(電 話)	TEL () - 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ときは、合格を取り消すことがあります。
また、採用後に判明した場合は、採用を取り消すことがあります。

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。

☐ 脳・神経系の病気	☐ 血液の病気	☐ 免疫・アレルギーの病気
☐ 皮膚の病気	☐ 呼吸器系の病気	☐ 生殖器・女性の病気
☐ 運動器の傷病（骨折・ヘルニア等）	☐ 循環器系の病気	☐ 目・耳鼻・咽喉・口腔の病気
☐ 腎臓・泌尿器科の病気	☐ 消化器系の病気	☐ 精神・心の病気
☐ 内分泌・代謝の病気	☐ 感染症	☐ 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	☐ あり ☐ なし	☐ あり ☐ なし	
		H 年 月 R	☐ あり ☐ なし	☐ あり ☐ なし	
		H 年 月 R	☐ あり ☐ なし	☐ あり ☐ 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	治療・完治年月	後遺症等の有無
		H 年 月 R	☐ あり ☐ なし	☐ あり ☐ なし	S 年 月 H R	☐ あり（症状） ☐ なし
		H 年 月 R	☐ あり ☐ なし	☐ あり ☐ なし	S 年 月 H R	☐ あり（症状） ☐ なし
		H 年 月 R	☐ あり ☐ なし	☐ あり ☐ なし	S 年 月 H R	☐ あり（症状） ☐ 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。

【検査結果・理学的所見欄(医師記入)】

		ふりがな				
		氏 名				
体 格	身 長	. cm		色	仮性同色表による検査 ☐ 石原式 ☐ 他()	
	体 重	. kg			正 ・ 異 ()	
視 力 ()は矯正視力	両 眼	. (.)		覚	PASS ・ FAIL	
	右単眼	. (.)			色相配列検査 (パネルD-15)	<u>仮性同色表による検査で異常が認められた場合のみ</u> 色相配列検査を実施してください。 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	撮影 (直接 ・ 間接)
	椎 間 板ヘルニア	無 ・ 有 ()				月 日 No.
	膝 靱 帯断 裂 等	無 ・ 有 ()				※1ヶ月以内に撮影したもので診断してください。
	アレルギー等	無 ・ 有 ()				正 ・ 異 ()
	意識障害・けいれん等発作	無 ・ 有 ()			循 環 器	血 圧
聴 力	右	1000Hz(30dB)	正・異	※4分法B		1回目 最高 最低
		4000Hz(30dB)	正・異	dB		2回目 最高 最低
※4分法Bは異常の場合のみ実施してください。	左	1000Hz(30dB)	正・異	※4分法B	心 音	
		4000Hz(30dB)	正・異	dB	正 ・ 異 ()	
心電図					正 ・ 異 ()	
眼 疾	正 ・ 異 ()			(☐ 要精密検査 ☐ 経過観察 ☐ 所見なし)		
耳 鼻 咽 喉	正 ・ 異 ()			血液検査		
皮 膚	正 ・ 異 ()			AST(GOT) ALT(GPT) γ-GTP Hb(血色素)		
脊柱及び胸郭	正 ・ 異 ()			基準値 基準値 基準値 基準値		
四肢及び関節 (特に手指)	正 ・ 異 ()			※「基準値」の欄は貴医療機関における正常範囲等を記載してください。		
その他の疾病及び異常	正 ・ 異 ()			(☐ 要精密検査 ☐ 経過観察 ☐ 所見なし)		
尿 検 査	蛋白 () 糖 ()			ウロビリ () 潜血 ()		
既往歴	無 ・ 有 ()			(☐ 要精密検査 ☐ 経過観察 ☐ 所見なし)		
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。						
令和 年 月 日 医療機関名						
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」に記載されております**全ての項目**について、結果を記入くださるようお願いいたします。

1 「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。

2 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。

3 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。）

4 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。

5 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）