

健康診断書

※太枠内は受験者があらかじめ記入してください。

千葉市人事委員会

試験区分		受験番号		性別 男 ・ 女	
氏 名		生年月日		平成 年 月 日生	
身長(cm)		血 圧(mmHg)		～	
体 重(kg)		尿検査		糖 - + ++ +++	
視 力 (両眼も 必ず検査 してくだ さい。)	右	裸眼・矯正 (いずれかに○)	蛋白	- + ++ +++	
	左	裸眼・矯正 (いずれかに○)		- + ++ +++	
	両眼	裸眼・矯正 (いずれかに○)	聴 力 (会話域) 正常・所見あり (いずれかに○) ※所見ありの場合、具体的に記入してください。 ()		
※日頃から眼鏡・コンタクト等を使用している方は、矯正視力を測定してください。					
胸部エックス線検査	所見 			撮 影 区 分	直接 ・ 間接 (いずれかに○)
				撮影年月日	令和 年 月 日
診 察 所 見					
就 業 の 可 否 (A～Dのいずれかに○) 下記の【注】を 参照してください。	A 通常勤務が可能				
	B 就業に配慮を必要とする				
	C 就業に支障あり				
	D その他 (具体的に：)				
上記のとおり診断します。 令和 年 月 日 医療機関名 所在地 電話番号 担当医師名					

【注】 消防士として、1日24時間の交替制勤務で、救急・救助・消火活動等の消防業務に従事します。

各医療機関管理者各位

健康診断の実施及び健康診断書作成について

千葉市人事委員会事務局

本状持参者は、千葉市職員採用試験の消防士の受験者です。
つきましては、下記についてご留意の上、健康診断書を作成して下さるようお願いいたします。

記

- 1 裏面記載の全項目について検査を実施してください。なお、検査できない項目がある場合は、検査前に他の医療機関で検査するよう受験者にお伝えください。
- 2 本人の既往歴、自覚症状を聴取のうえ、「診察所見」及び「就業の可否」欄も必ずご記入願います。
- 3 検査に要する費用は、すべて本人の負担とします。
- 4 健康診断書を封入・封かんのうえ、本人にお渡しください。(検査結果については開示してもかまいません)

担当	千葉市人事委員会事務局任用班
電話	043-245-5870
FAX	043-245-5889