## 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	F	月	日生		
身 長(cm)				血 圧(mmHg)		~			
体 重(kg)									
視 力 ( <b>両眼</b> も <u>必ず</u> 検査 してくだ さい。)	右	裸眼 ・ 矯正 (いずれかに())		尿検査	糖 	_	+ ++	+++	
				_	蛋白	_	+ ++	+++	
	左	裸眼 ・ 矯正 (いずれかに())				正常 ・ 所見あり (いずれかに〇) ※所見ありの場合、具体的に記入してください。			
	両眼	裸眼 ・ 矯正 (いずれかに())		聴 力 (会話域)	<b>☆</b> 別元めり♡物	7日、六件			
※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		7909	所見	l	撮影区分	<del>}</del>	直接・		
		4	1		撮影年月日	日一令和	年	月 日	
診察所見									
就業の可否 (A~DのいずれかにO) 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							
			*						
		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					
1				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。

## 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くださるようお願いい 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。<u>なお、検査できない項目がある</u>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 0 4 3 - 2 4 5 - 5 8 8 9