

## 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○)	.	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。								
	両眼	裸眼・矯正 (いずれかに○)	.		〔 〕								
※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 <table style="margin-left: auto; margin-right: 0;"> <tr> <td>医療機関名</td> </tr> <tr> <td>所在地</td> </tr> <tr> <td>電話番号</td> </tr> <tr> <td>担当医師名</td> </tr> </table> <div style="text-align: right;">㊟</div>										医療機関名	所在地	電話番号	担当医師名
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