

複数の医療機関で受診する場合は、診断書をコピーして使用すること。「※」欄は記入しないでください。

健康診断書 (警察官)										新潟県警察本部	
受験者記入欄	試験職種	氏名			平成 年 月 日 (歳)					男	※
	受験番号	生年月日								女	—
身長	. cm			聴力	右	1000HZ (~30db)	聞取可・聞取不可		※	—	
体重	. kg				左	4000HZ (~40db)	聞取可・聞取不可				
視力	・基準を満たさなかった場合は、本人に結果を伝えてください。				胸部X線	精密検査	所見 (精密検査が必要な場合、具体的に記入してください。)			※	—
	裸眼 (基準:0.6以上)					不要・要	[]				
	右	. 左		. 左		血圧	/ mmHg			※	—
	矯正視力 (基準:1.0以上)										
右	. 左		. 左		尿検査	糖定性	-・±・+		※	—	
				蛋白定性		-・±・+					
色覚	【色覚検査における注意点】				四肢関節特に手指	正常	異常その他 []		※	—	
	・必ず石原式検査方式で実施してください。					脊柱胸郭	正常	異常その他 []			
	・必ず12枚以上検査をしてください。				鼻・咽喉		正常	異常その他 []		※	—
	・検査で誤答が1枚以上あった場合又は、判定結果が正常以外だった場合は、パネルD-15テストで再検査を実施し、結果に○をつけて、判定用紙を必ず添付してください。					言語障害	正常	異常その他 []			
	検査枚数		枚		眼疾		正常	異常その他 []		※	—
	内訳	正答枚数	枚			耳疾	正常	異常その他 []			
		誤答枚数	枚		異常所見		正常	異常その他 []			
	誤答1枚以上等の場合		PASS (ノーエラー)	PASS (ワンエラー)							
パネルD-15		PASS (マイナーエラー)	FAIL		※判定用紙を必ず添付してください。						
異常所見		異常がある場合、所見を具体的に記載してください。									
その他の既往症・現症	(注) 消化器・循環器・感覚器・神経系・四肢運動・言語等について、自覚症状・他覚症状の有無を含め記入してください。									※	—
所見	異常の有無				(注) この欄に所見を記入してください。ただし、所見が「異常なし」の場合は記入する必要はありません。また、一部のみの検査した場合でも、検査した項目の所見について記入してください。					※	—
必ずご記入ください	あり・なし				[]						
上記のとおり診断する。										※	—
令和 年 月 日											
病院等機関名											
所在地											
電話番号											
担当医師名											
											印