

身 体 検 査 書									
受 験 番 号				フ リ ガ ナ 氏 名				写 真 6か月以内に撮影したものを貼付し 医師の割印を受け てください。	
職 種	警 察 官			生 年 月 日	平成 年 月 日生 (歳)				
現 住 所									
既 往 症									
自 覚 症 状									
視 力	右	裸眼		矯正		聴 力	右	1000Hz	dB
	左	裸眼		矯正			4000Hz	dB	
尿 検 査	糖		－ 土 十 十 十				左	1000Hz	dB
	蛋白		－ 土 十 十 十				4000Hz	dB	
色 覚	所見なし・所見あり () [検査方法:]								
血 圧	最大		最小				血 中 脂 質 検 査	LDL コレステロール	mg/dl
貧 血 検 査			mm Hg		mm Hg			HDL コレステロール	mg/dl
	血色素量				g/dl			トリグリセライド	mg/dl
肝機能検査	赤血球数				万/mm ³		血 糖 検 査	HbA1c	%
	G O T				IU/l			心 電 図 検 査	
	G P T				IU/l				
γ - G T P				IU/l					
胸部X線検査 年 月 日撮影 [直接 ・ 間接] 									
所見									
感覚器、呼吸器、消化器、心臓及び循環器、腎臓系、皮膚、運動機能、精神神経系、言語その他の現症									
総合所見									
上記のとおり診断及び証明します。 令和 年 月 日 所 在 地 医療機関名 医 師 名									

※ 身体検査書は、密封のうえ本人に交付願います。