

身体検査受検に当たっての留意点

埼玉県警察官採用第2次試験では、身体検査を実施します。

採用試験受験申込時に居住地等の医療機関における身体検査受検を希望された方は、「検査に当たってのお願い」及び「身体検査書」を医療機関に持参し、検査を受けた後、その結果を第2次試験（人物試験・体力検査）に提出してください。

なお、第2次試験（人物試験・体力検査）に身体検査書を提出できない場合は、埼玉県警察採用センター宛てに御連絡ください。

第2次試験（人物試験・体力検査）の日程は6月上旬頃に埼玉県警察ホームページにて御案内します。

つきましては、次のことに留意して身体検査を受検してください。

記

- 1 令和8年度第1回埼玉県警察官（巡査）採用第1次試験日（令和8年4月26日）以降に実施された身体検査を有効とします。
- 2 身体検査に要する費用（検査料、診断書料等）は、埼玉県警察では負担しません。
- 3 医療機関によっては、検査日が決められている機関や身体検査書ができあがるまで日数を要する場合がありますので、あらかじめ医療機関に問い合わせの上、手続を進めてください。
- 4 検査に当たり、あらかじめ「身体検査書」の太枠内の項目を記入するとともに、写真（縦4cm×横3cm、上半身脱帽正面向きで6か月以内に撮影したもの）を貼り、「検査に当たってのお願い」とともに医療機関に持参し、検査を受けてください。
- 5 医療機関から受領した「身体検査書」は、封筒に密封したまま、第2次試験（人物試験・体力検査）に提出してください。

【問合せ先】

埼玉県警察採用センター  
〒330-8533

埼玉県さいたま市浦和区高砂3-15-1  
電話 048-832-0110（内線2644～2646）  
0120-373514（採用フリーダイヤル）

医療機関各位

埼玉県警察本部警務部警務課長

検査に当たってのお願い

本状持参者は、埼玉県警察官採用試験の受験者です。

つきましては、次のことに御留意いただき、受験者が持参しました「身体検査書」により、検査を実施していただきますようお願いいたします。

記

- 1 受験者が身体検査書に貼付された写真の本人であることを確認の上、写真と台紙にかけて割り印（担当医師の印）してください。
- 2 身体検査に要する検査料、診断書料等は、埼玉県警察では負担しません。
- 3 身体検査書のそれぞれの項目について検査を行っていただき、検査数値、所見（意見）等を記入してください。

なお、異常が認められる場合は、具体的な内容等を必ず記入してください。

【検査項目】

- ①視力 ②色覚 ③聴力 ④尿検査 ⑤血圧 ⑥貧血検査 ⑦肝機能検査  
⑧血中脂質検査 ⑨血糖検査 ⑩心電図検査 ⑪胸部X線検査  
⑫その他の疾病、機能障害等問診

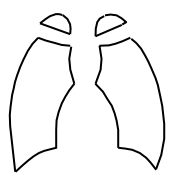
※ 検査に当たっての主な留意点

| 項目   | 検査内容  |
|------|---|
| 視力   | 裸眼視力が0.6未満の者については、矯正視力の測定を願います。<br>なお、この場合、受験者が持参した眼鏡等に限らず、矯正可能な最大値を測定願います。 |
| 聴力   | 検査に当たっては、各周波数において0dBからの閾値（ぎりぎり聞こえる大きさの音の数値）を記入願います。                         |
| 色覚   | 貴機関の方法による検査を実施していただき、その検査方法及び結果を記入してください。                                   |
| 血糖検査 | HbA1c値を検査してください。  |

- 4 総合所見欄には、検査結果に基づく意見等を記入してください。
- 5 身体検査書については封筒に入れて密封の上、本人に交付してください。

【問合せ先】  
埼玉県警察採用センター  
〒330-8533  
埼玉県さいたま市浦和区高砂3-15-1  
電話 048-832-0110（内線2644～2646）  
0120-373514（採用フリーダイヤル）

# 身 体 検 査 書

|  |                        |             |                  |  |   |             |        |         |    |
|--|------------------------|-------------|------------------|--|---|-------------|--------|---------|----|
| 受験番号   |                        | フリガナ<br>氏 名 |                  | ⑩<br>写 真<br><br>6か月以内に撮影したものを貼付し<br>医師の割印を受けてください。 |   |             |        |         |    |
| 職 種  | 警 察 官                  | 生年月日        | 平成<br>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               |  |   | 右           | 4000Hz |         | dB |
| 尿 検 査  | 糖                      | -           | ±                | +  | ++  | 左           | 1000Hz |         | dB |
|  | 蛋白                     | -           | ±                | +  | ++  |             | 4000Hz |         | dB |
| 色 覚  | 所見なし・所見あり( ) [検査方法: ]  |             |                  |  |   |             |        |         |    |
| 血 圧  | 最大                     | 最小          |                  |  |   | LDL コレステロール |        | mg/dl   |    |
| 貧 血 検 査  | 血色素量                   |             |                  | g/dl   |   | HDL コレステロール |        | mg/dl   |    |
|  | 赤血球数                   |             |                  | 万/mm <sup>3</sup>                                  |   | トリグリセライド    |        | mg/dl   |    |
| 肝機能検査  | GOT                    |             |                  | IU/l   |   | 血糖検査        |        | HbA1c % |    |
|  | GPT                    |             |                  | IU/l   |   | 心電図検査       |        |         |    |
|  | γ-GTP                  |             |                  | IU/l   |   |             |        |         |    |
| 胸部X線検査   | 年 月 日撮影<br>[ 直接 ・ 間接 ] |             |                  |  | 所見<br> |             |        |         |    |
| 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<br>医療機関名<br>医師名   |             |        |         |    |

※ 身体検査書は、密封のうえ本人に交付願います。