

診 断 書

(視力用)

試験区分		フリ 氏	ガナ 名	
受験番号		生年月日	平成	年 月 日生

[検査項目：視力検査]

裸眼視力

右 _____

左 _____

矯正視力

右 _____

左 _____

上記のとおり診断します。

令和 年 月 日

所 在 地
医療機関名
医 師 名

印

- ※1 太枠内は受験者本人があらかじめ記載してください。
- ※2 矯正視力は、裸眼視力が0.6未満の場合に測定してください。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記載してください。

検 査 に 当 た っ て の お 願 い

本状持参者は、埼玉県警察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「診断書」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 検査前に運転免許証等、公的機関発行の身分証明書で本人であることを確認してください。
- 2 検査結果については、受験者が持参した診断書を使用してください。
- 3 診断書は封筒に密封の上、交付してください。
- 4 検査及び診断書作成にかかる費用は、採用センターで負担しません。
- 5 検査に当たっての主な留意点は次のとおりです。

また、所見等につきましては、日常生活における支障の有無ではなく、警察官としての職務執行（激しい運動、長時間の勤務）における支障の有無の観点から記載をお願いします。

項 目		留 意 事 項
血 液		・該当する検査項目の数値、その他特記事項等を記入願います。
心 電 図		・検査内容、所見等を記入願います。
胸 部 X 線		・検査内容、所見等を記入願います。
診 察		・検査項目、検査結果、数値、単位、その他特記事項等を記入願います。
そ の 他	視 力	・矯正視力は、裸眼視力が 0.6 未満の者について測定をお願いします。この場合、 <u>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</u> してください。
	色 覚	・色相配列検査（パネルD－15テスト）で実施をお願いします。 ・PASSの場合（ ）内もチェックをお願いします。 ・必ず、 <u>診断書に検査結果用紙（検査結果数値等が記入されたもの）を添付</u> してください。
	聴 力	・検査結果、その他特記事項等を記入願います。
	血 圧	・検査結果、その他特記事項等を記入願います。
	尿	・検査結果、その他特記事項等を記入願います。

【問合せ先】 埼玉県さいたま市浦和区高砂 3－15－1
埼玉県警察採用センター
電話 048-832-0110（内線 2644）