医 療 機 関 各 位

埼玉県警察採用センター

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、受験者に交付してください。
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、**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**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、**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**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）

診　　断　　書

（視力用）

試験区分		フリ　ガナ 氏　　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。