

## 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<br>の<br>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。<br>・PASS の場合（ ）内もチェックをお願いします。<br>・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）

# 診 断 書

(血液・血圧用)

|      |  |         |         |        |
|------|--|---------|---------|--------|
| 試験区分 |  | フリ<br>氏 | ガナ<br>名 |        |
| 受験番号 |  | 生年月日    | 平成      | 年 月 日生 |

## [検査項目：血液]

※血圧で再検査になった方は不要です。

| 再検査に該当する血液検査の結果のみ記載してください。 |         |                   |        |                  |       |
|----------------------------|---------|-------------------|--------|------------------|-------|
| 貧血検査                       | 血色素量    | g/dl              | 血中脂質検査 | L D L            | mg/dl |
|                            | 赤血球数    | 万/mm <sup>3</sup> |        | H D L            | mg/dl |
| 肝機能検査                      | G O T   | IU/l              |        | TG<br>(トリグリセリド*) | mg/dl |
|                            | G P T   | IU/l              | 血糖検査   | H b A 1 c        | %     |
|                            | γ-G T P | IU/l              |        |                  |       |

【所見（特記事項等）】

## [検査項目：血圧]

※血液で再検査になった方は不要です。

|     |     | 1 回目 | 2 回目 |
|-----|-----|------|------|
| 血 圧 | 収縮期 | mmHg | mmHg |
|     | 拡張期 | mmHg | mmHg |

【所見（特記事項等）】

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

※ 太枠内は、受験者本人があらかじめ記載してください。