

身体検査にかかる提出書類について

(1) 船員採用選考身体検査票 **別紙1-1**

別紙1-1により、あらかじめ①～④欄を記入の上、最寄の医療機関に「身体検査実施のお願い」を提示して所定の検査を受けてください。

身体検査票は密封したまま試験日に提出してください。（提出された身体検査票は返却しません。）

なお、検査に要する経費は、受験者本人の負担とします。

【①～④欄記入上の注意】

ア ①～④欄は受験者がボールペンで記入してください。

イ ③の既往歴欄は、過去に1か月以上の入院又は服薬による治療を受けたことがある場合に記入してください。

ウ ④の現病歴欄は、現在治療中の病気があり、医療機関において定期的に検診を受けている又は経過観察中の場合に記入してください。

(2) 診断書（現病歴用） **別紙1-2**

船員採用選考身体検査票 **別紙1-1** の④現病歴欄に記載がある場合（現在治療中の病気があり、医療機関において定期的に検診を受けている人又は経過観察中の人）は、担当医師に「診断書記入のお願い」を提示して **別紙1-2** に記入してもらってください。

（現病歴のない人は **別紙1-2** の提出は必要ありません。）

診断書は密封したまま試験日に提出してください。（提出された診断書は返却しません。）

なお、診断に要する経費は、受験者本人の負担とします。

[医療機関各位へ]

身体検査実施のお願い

静岡県経済産業部

本状持参者は、静岡県職員採用選考（船員）の受験者です。

つきましては、「船員採用選考身体検査票 別紙1-1」により、下記について御留意の上、身体検査を実施して下さるようお願いいたします。

記

- 1 検査終了後は、身体検査票を密封の上、本人に交付してください。
- 2 検査に要する経費は、すべて本人の負担とします。

問合せ先	静岡県経済産業部政策管理局総務課
電話番号	054-221-2604（直通）

【記入上の注意】①～④については、あらかじめ受験者が記入してください。

船員採用選考身体検査票（静岡県経済産業部）						
①(ふりがな) 氏名			身長	. cm		
			体重	. kg		
			BMI			
②生年月日	年 月 日(歳)		視力	右	左	両眼
③既往歴	病名	いつ頃		. . .	(矯正 .)	(矯正 .)
			色覚 *1	/ 3 8		異常なし 異常あり
			聴力 *2	異常なし 異常あり		
④現病歴	病名	いつ頃から	握力	右	左	
				kg	kg	
	服薬の有無	有 ・ 無	かくたん検査 *3		-	+
胸部 X 線	直接撮影 (令和 年 月 日撮影)		血圧	~ mmHg		
	所見なし・所見あり ※所見ありの場合の内容		検尿	たん白		
				糖		
				潜血		
			血糖	mg/dl		
			HbA1C (NGSP)			
		血中脂質検査	LDL コレステロール	mg/dl		
			中性脂肪	mg/dl		
			HDL コレステロール	mg/dl		
心電図検査	所見なし・所見あり ※所見ありの場合の内容		腎肝機能検査	GOT	IU/1	
				GPT	IU/1	
				γ-GTP	IU/1	
				クレアチニン		
医師の指示及び就業上の注意事項						
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 色覚 石原式色盲検査表国際版（38表版）により色覚が正常か否か

*2 聴力 5メートルの距離で両耳で話し声を聴取できるか否か

*3 かくたん検査 抗酸菌検査（塗抹検査）による

*4 胸部 X 線 精密検査が必要な場合は、写真を添付してください。

*5 心電図 精密検査が必要な場合は、心電図の結果を添付してください。

[担当医師各位]

診断書記入のお願い

静岡県経済産業部

本状持参者は、静岡県職員採用選考（船員）の受験者です。

現在治療中の病気があり、医療機関において定期的に検診を受けている又は経過観察中の場合には、「診断書（現病歴用）別紙1－2」により、下記について御留意の上、御記入くださるようお願いいたします。

記

- 1 記入後は、診断書（現病歴用）を密封の上、本人に交付してください。
- 2 診断に要する経費は、すべて本人の負担とします。

問合せ先 静岡県経済産業部政策管理局総務課
電話番号 054-221-2604（直通）

診断書（現病歴用）

住所 _____

氏名 _____

性別 男・女 生年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日（ _____ 歳）

1 病名

2 現病についての臨床経過（治療中であればその内容）

3 既往歴

4 就業の可否

A 通常勤務が可能

B 就業に支障あり

[就業上の注意事項]

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