

身 体 検 査 書				職 種	電車運転士		受験番号		
住 所				ふりがな氏 名			生 年 月 日	S H	年 月 (日 歳)
既往症					現在かかっている病気				
胸部 X 線	No.		所 見			血 液 検 査	G O T	(IU/ℓ)	
身 長	cm		体 重	kg			G P T	(IU/ℓ)	
BMI			腹 囲	cm			Z T T	(KU)	
視 力	裸眼右 矯正視力 ()		裸眼左 矯正視力 ()		T T T		(KU)		
	両裸眼 矯正視力 ()				γ - G T P		(IU/ℓ)		
色 覚	異常なし ・ 異常あり						L D H	(IU/ℓ)	
聴 力	1 ホーゾ	右 1000 Hz 4000 Hz	1 所見なし 2 所見あり 1 所見なし 2 所見あり				L D L コレステロール	(m g / dℓ)	
	2 その他	左 1000 Hz 4000 Hz	1 所見なし 2 所見あり 1 所見なし 2 所見あり				中 性 脂 肪	(m g / dℓ)	
							HDL コレステロール	(m g / dℓ)	
血 圧	最高 mmH g		最低 mmH g				尿 酸	(m g / dℓ)	
検 尿	糖		蛋白		潜血	尿 素 窒 素	(m g / dℓ)		
心電図						クレアチニン	(m g / dℓ)		
HBs 抗体			HBs 抗原			アミラーゼ	(IU/ℓ)		
脳 波 検 査	異常なし ・ 要精密					血 色 素	(g / dℓ)		
	特記事項 (要精密の場合、疑われるもの等)					赤 血 球	(× 10 ⁴ / μℓ)		
						白 血 球	(/ μℓ)		
内臓、四肢その他骨格異常運動障害及び神経系						ヘマトクリット	(%)		
医師の指示						血糖 (空腹時)	(m g / dℓ)		
上記のとおり相違ありません。									
令和 年 月 日									
医療機関									
医師 氏名									
※ 判 定	年 月 日 鹿児島市職員健康管理委員会								

記入例

実施日 令和〇〇年〇〇月〇〇日

身体検査書			職種	電車運転士		受験番号	〇〇〇〇		
住所	現住所を記入			ふりがな氏名	交通太郎	生年月日	S H〇〇年 〇 月 〇〇日 (〇〇歳)		
既往症	ある場合は記入する。 ない場合 ⇒ なし			現在かかっている病気	ある場合は記入する。 ない場合 ⇒ なし				
胸部X線	No. 所見なし					G O T	(IU/ℓ)		
身長	cm 170			kg 65		G P T	(IU/ℓ)		
BMI	cm 24.5					Z T T	(KU)		
視力	裸眼右 矯正視力 ()			裸眼左 矯正視力 ()		T T T	(KU)		
※ 太枠の中をボールペン（黒）で記入。 その他は、記入の必要はありません。（病院側が記入）							P	(IU/ℓ)	
							H	(IU/ℓ)	
							LDH	(mg/dℓ)	
聴力	オーディオ 2 その他	4000 Hz 左 1000 Hz 4000 Hz	1 所見なし 2 所見あり	2 所見あり	液	中性 ZTT、TTT は検査対象外			
血圧	最高	mmHg	最低	mmHg	検査	HDL コレステロール	(mg/dℓ)		
検尿	糖	蛋白	潜血		尿	酸	(mg/dℓ)		
心電図					尿素窒素	(mg/dℓ)			
HBs 抗体			HBs 抗原		クレアチニン	(mg/dℓ)			
脳波検査	異常なし ・ 要精密				アミラーゼ	(IU/ℓ)			
	特記事項（要精密の場合、疑われるもの等）				血色素	(g/dℓ)			
	内臓、四肢その他骨格異常運動障害及び神経系				赤血球	(×10 ⁴ /μℓ)			
				白血球	(/μℓ)				
				ヘマトクリット	(%)				
医師の指示				※ 病院の座判だけは不可。（座判の場合は押印が必要） 医師の自署は可。					
上記のとおり相違ありません。									
令和 年 月 日				医療機関 医師 氏名					
※ 判定	年 月 日				鹿児島市職員健康管理委員会				