実施日　令和　　年　月　日

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－GTP	(IU／ℓ)
色覚	異常なし　・　異常あり					L D H	(IU／ℓ)
聴力	1 オージオ	右 1000 Hz	1 所見なし 2 所見あり			LDLコレステロール	(mg／dℓ)
		4000 Hz	1 所見なし 2 所見あり				
	2 その他	左 1000 Hz	1 所見なし 2 所見あり			中性脂肪	(mg／dℓ)
		4000 Hz	1 所見なし 2 所見あり				
血圧	最高　mmHg　最低　mmHg					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 ※不要	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)
						赤血球	(×10⁴／μℓ)
内臓、四肢その他骨格異常運動障害及び神経系						白血球	(　／μℓ)
						ヘマトクリット	(　%　)
医師の指示						血糖（空腹時）	(mg／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（たろう）	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		G　O　T	(IU／ℓ)
身長	cm	体重	kg	G　P　T	(IU／ℓ)
BMI		胸囲	cm	Z　T　T	(K U)
視力	裸眼右	裸眼左	矯正視力 （　　）	T　T　T	(K U)
聴力	ｵｰｼﾞｵ 2 その他	4000 Hz 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 1 所見なし　2 所見あり	血液検査	(IU／ℓ) (IU／ℓ) (m g／dℓ)
血圧	最高　mmHg	最低　mmHg		中性脂肪	(m g／dℓ)
検尿	糖	蛋白	潜血	HDL ｺﾚｽﾃﾛｰﾙ	(m g／dℓ)
心電図				尿酸	(m g／dℓ)
HBs 抗体		HBs 抗原		尿素窒素	(m g／dℓ)
脳波検査	異常なし　・　要精密 特記事項（要精密の場合、疑われるもの等）			クレアチニン	(m g／dℓ)
				アミラーゼ	(IU／ℓ)
				血色素	(g／dℓ)
				赤血球	(×10⁴／μℓ)
内臓、四肢その他骨格異常運動障害及び神経系				白血球	(　／μℓ)
					(　%　)

医師の指示

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

※　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）

ZTT、TTT は検査対象外

脳波検査は検査対象外

※　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。