

身体検査票

札幌市人事委員会

※ 太枠内は受験者本人があらかじめ記載してください。

試験区分 保育士 (社会人経験者の部)	受験番号	ふりがな		性別	生 年 月 日	平成 年 月 日 (令和8年4月1日現在 満 歳)
		氏 名		男・女		

検 査 日	令和 年 月 日		
既往・現症			
自 覚 症 状			
他覚的所見			
身 長	c m	前 屈 位	☐ 所見なし
体 重	k g		☐ 所見あり ()
血 圧 測 定	/ mmHg	脊 柱 診 察	☐ 所見なし
視 力	右 裸眼・矯正 (いずれかに○) (.)		☐ 所見あり ()
	左 裸眼・矯正 (いずれかに○) (.)	X 線 間 接 撮 影 (直接撮影も可)	☐ 所見なし
聴 力	☐ 正常		☐ 所見あり ()
	☐ 所見あり ()	腰 椎 X 線 直 接 撮 影	☐ 所見なし
尿 検 査	蛋 白		☐ 所見あり ()
	糖		

総 合 判 定	A 異常なし	就 労 の 可 否	I 就労に問題なし
	B 要経過観察		II 就労に配慮を要する
	C 要精密検査		III 就労は困難
	D 要治療		IV その他
	E 治療継続		特記事項 (II～IVに該当する場合は、理由を記載願います)
			()

上記のとおり診断します。	医療機関名
令和 年 月 日	(所在地)
	(電話番号)
	担当医師名
	印

本調査票は身体検査に使用します。受験者自身が正確に記入してください。

健康調査票（保育士）

1 現在、治療中の病気・怪我等はありますか。

☐ ない

☐ ある → 病名等

2 現在、四肢等において機能的に支障のある症状（動かない、伸ばせない、曲がらない等）はありますか。

※現在、痛みがないものも含みます。

☐ ない

☐ ある → 部位、症状等

3 過去の入院、治療歴等（外来的なものも含む）はありますか。※現在、痛みがないものも含みます。

☐ ない

☐ ある → 時期、病名等

4 自覚症状について記入してください。

(1) 最近1か月の症状について、「いつもある」場合には◎印、「時々ある」場合には○印を、次の表の頻度欄に記入し、◎印に該当する場合は、症状の経過欄に具体的に記入してください。

なお、症状がない場合は、記入不要です。

また、★印の項目については、最近1か月に限らず、記入してください。

部 位	症 状	頻 度		症 状	頻 度
頭	重い、痛い		そ の 他	めまい、立ちくらみ	
首、肩、腕	痛い、しびれる			動悸、息切れ	
手首、指	痛い、しびれる			眠れない	
★腰	痛い			★生理不順・苦痛	
下肢	痛い、しびれる				
目	疲れる、かすむ				
耳	耳鳴り、聞こえにくい				

【症状の経過】

(2) 現在、妊娠中の方は、次の「はい」にチェックしてください。 ☐ はい

以上のとおり相違ありません。

試験区分（ 保育士 （社会人経験者の部） ）

受験番号（ ） ふりがな

氏 名（ ）