

身体検査書

氏名			住所		
生年月日	年	月	日生		
既往歴	なし あり(病名 _____)				
身長			cm	血圧	～ mmHg
体重	Kg	BMI		尿検査	蛋白 (_____) 糖 (_____) ウロビリノーゲン
視力 (矯正可)	右	.			心電図
	左	.		聴打診	
	その他の所見				
色覚	正常 所見あり(_____)				
聴力 1.オージオ 2.その他	右	1000HZ	1.所見なし 2.所見あり		
		4000HZ	1.所見なし 2.所見あり		
	左	1000HZ	1.所見なし 2.所見あり		
		4000HZ	1.所見なし 2.所見あり		
X線所見	直接 ・ 間接 令和 年 月 日 No. 1. 異常を認めず 2. 有所見				
総合所見 消防業務に就業 : 可 不可 その他特記事項					
上記のとおり証明する 令和 年 月 日 <div style="text-align: right;"> 医療機関名 医師 (印) </div>					