

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	
視力 (矯正可)	右 .	尿検査	蛋白 () 糖 () ウロビリノーゲン
	左 .		
	その他の所見	心電図	
色覚	正常 所見あり()	聴打診	
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			
医療機関名 医師			
(印)			