

京都市職員採用試験消防職身体検査票

京都市人事委員会

※ 太枠内は受験者があらかじめ記入してください。

		検査日		令和 年 月 日		
試験区分		受験番号		性別		
				連絡先電話番号		
		男 ・ 女		— —		
(ふりがな)		生 年 月 日		昭和・平成 年 月 日		
氏 名				性 別 男 ・ 女		
視力	両眼	裸眼 ()	矯正 ()	聴力	右	1000Hz db
	右眼	裸眼 ()	矯正 ()		4000Hz db	
	左眼	裸眼 ()	矯正 ()	聴力	左	1000Hz db
					4000Hz db	
色神 (赤・青・黄の色彩識別)		<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 否		尿	蛋白	— ± + ++ +++
					糖	— ± + ++ +++
胸部X線撮影[直接] (No.)		<input type="checkbox"/> 所見なし <input type="checkbox"/> 所見あり		血圧	~ mmHg	
令和 年 日撮影		所見			四肢機能	
※直近3ヶ月以内に 撮影したもの				循環器疾患		
言語機能				その他疾患		
総合所見 及び就業上の注意事項等 (下記【注】を参照してください。)						
上記のとおり診断します。		医療機関名				
		所在地				
令和 年 月 日		電話番号				
		担当医師名		印		

【注】原則として、1日24時間の交代勤務で、火災現場等で消火・救急・救助活動を中心とした業務に従事します。