

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	平成	年	月	日
氏 名				性 別 男 ・ 女				
視力	両眼	裸眼 ()	矯正 ()	聴力	右	1000Hz db		
						4000Hz db		
	右眼	裸眼 ()	矯正 ()		左	1000Hz db		
						4000Hz db		
左眼	裸眼 ()	矯正 ()						
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 月 日撮影		所見						
※直近3ヶ月以内に撮影したもの				四肢機能				
言語機能				循環器疾患				
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。