

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)		☐ 可 ☐ 否			尿	蛋白	— ± + ++ +++					
							糖	— ± + ++ +++				
胸部X線撮影[直接] (No.)		☐ 所見なし ☐ 所見あり			血压	～ 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。