

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 日 月 日		平成		年 月 日	
氏 名											
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					
				尿	蛋白	— ± + ++ +++					
					糖	— ± + ++ +++					
色神 (赤・青・黄の色彩識別)		☐ 可 ☐ 否									
胸部X線撮影[直接] (No.)		☐ 所見なし ☐ 所見あり									
令和 年 月 日撮影		(所見)		血圧		～ mmHg					
※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。