

身 体 検 査 票 (市バス運転士)
(大型二種免許未取得者)

京都市交通局

受験番号※		氏 名※ (生年月日)	昭和・平成 年 月 日	
現住所※	〒 ー			
既往症※				
身 長	cm	視 力	(右) (矯正)	(左) (矯正)
体 重	kg	矯正種類	近視・遠視・乱視・コンタクト	
B M I				
四肢機能 (麻痺・欠損)	有 ()・無	色 覚	正常・異常 ()	
心電図	正常・異常 ()	聴 力	(右)	(左)
尿検査	(蛋白) (糖)	血 圧	／ mmHg	
胸部エックス線 (直接又は間接)				
その他の 疾患異常				
検査実施日 令和 年 月 日 上記のとおり相違ないことを証明する。 令和 年 月 日 医療機関名 (所 在 地) (電話番号) 医 師 名 ⑩				

注 1 ※印の欄は、受検者本人が記入してください。

2 この身体検査票を医療機関に提出のうえ必ず全項目について受検してください。