

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※<br>(生年月日) | 昭和・平成 年 月 日    |              |
| 現住所※                                                                                          | 〒 ー            |                |                |              |
| 既往症※                                                                                          | .....<br>..... |                |                |              |
| 身 長                                                                                           | cm             | 視 力            | (右)<br>(矯正 )   | (左)<br>(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<br>(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<br>(直接又は間接)                                                                           |                |                |                |              |
| その他の<br>疾患異常                                                                                  |                |                |                |              |
| 検査実施日 令和 年 月 日<br>上記のとおり相違ないことを証明する。<br>令和 年 月 日<br>医療機関名<br>(所 在 地)<br>(電話番号)<br><br>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。