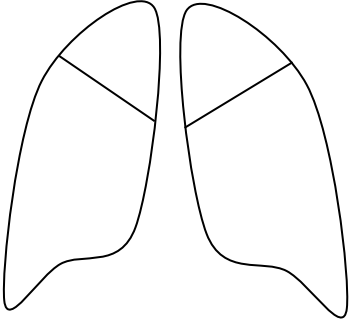
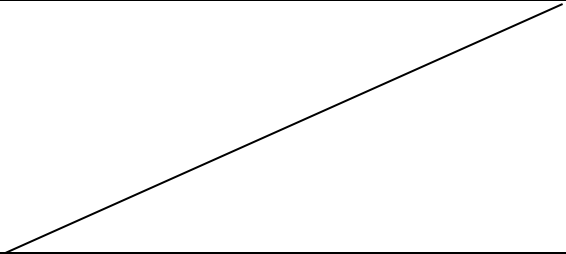


消防職員採用試験健康診断書

加古川市消防本部

氏 名			男・女	生年月日	平成 年 月 日
住 所					
既往症			胸部X線（直接・間接） 		
身 長		c m			
体 重		k g			
血 圧		/			
視力	右	裸眼（ ） 矯正（ ）			
	左	裸眼（ ） 矯正（ ）			
眼 疾		異常なし・異常あり	呼吸器	異常なし・異常あり	
聴 力		異常なし・異常あり	心電図判定	異常なし・異常あり	
耳鼻・咽喉		異常なし・異常あり	四肢関節	異常なし・異常あり	
尿検査	蛋 白				
	糖				
	ウロビリ				
その他疾患					
消防業務に従事するにあたり特記すべき事項及び異常に対する特記事項					
令和 年 月 日 (医療機関名) 所在地 名 称 医 師 					

・全項目について記載もれのないようにしてください。