

## 八幡浜地区施設事務組合消防職員採用試験身体検査証

**(受験者記入欄)**

ふりがな 氏名	男 女	生年月日	平成 年 月 日生
住所			
既往症	<input type="checkbox"/> なし	( 年頃)	
	<input type="checkbox"/> あり	( 年頃)	

※既往症は正確に記入してください。

**(医療機関記入欄)**

身長		cm	血圧		mmHg	
体重		kg	胸部X線 検査	撮影：令和 年 月 日		
視力	裸眼	右 ( ) 左 ( )		心電図	<input type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> 異常あり (所見)	
	矯正	右 ( ) 左 ( )				
赤色・青色・ 黄色の識別						
聴力	右	<input type="checkbox"/> 正常 ・ <input type="checkbox"/> 難聴	<input type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> 異常あり (所見)			
	左	<input type="checkbox"/> 正常 ・ <input type="checkbox"/> 難聴				
総合所見	<input type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> 異常あり (所見)					

**【受験者のみなさんへ】**

- ・受験者記入欄は、受診前に受験者本人が記入してください。
- ・健康診断にかかる費用は、受験者の負担とします。

**【医療機関各位へお願い】**

- ・上記検査項目の全てについて実施していただきますようお願いいたします。
- ・密封、封印のうえ本状持参者に交付していただきますようお願いいたします。

上記のとおり相違ありません。

令和 年 月 日

医療機関名

医師氏名

印