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	□ なし □ あり		（　　年頃） （　　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 □ 異常なし □ 異常あり（所見）
視力	裸眼	右（　　）　左（　　）		
	矯正	右（　　）　左（　　）		
赤色･青色･黄色の識別				
聴　力		右　□ 正常　・　□ 難聴	心電図	□ 異常なし □ 異常あり（所見）
		左　□ 正常　・　□ 難聴		
総合所見		□ 異常なし □ 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