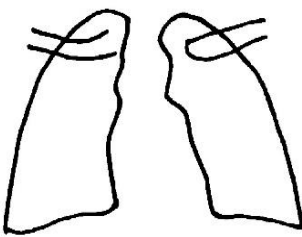


奈良県広域消防組合採用候補者用健康診断書

		※ 受験番号			
※ふりがな 氏 名	年 月 日生 男・女 (満 歳)				
※ 現 住 所	〒				
※ 既 往 歴	有 ・ 無	病 名	発症年齢	発症年月	

医 療 機 関 証 明 欄										
身 長	c m			血 圧 (mmHg)		／				
体 重	k g			尿 検 査	蛋 白	－	±	＋	＋＋	＋＋＋
胸 囲	c m				糖	－	±	＋	＋＋	＋＋＋
視 力 (矯 正)	右	()			胸 部 × 線 検 査	年 月 日撮影		フィルムNo.		
	左	()				間 接 ・ 直 接				
色 覚										
聴 力	右	1,000 Hz								
		4,000 Hz								
	左	1,000 Hz								
		4,000 Hz								
その他の 所 見										
上記のとおり診断する。 令和 年 月 日 医療機関名 医 師 ㊞										

【記入要領】

- ※欄は、受験者本人が記入してください。
 - 視力：左右とも矯正視力を含み、0.7 以上、かつ、一眼でそれぞれ 0.3 以上であること。
- (注) 採用に関する重要な書類となりますので、記入漏れのないようにしてください。