

身体検査書

(消防職用)

住所			
氏名		生年月日	昭和 平成 年 月 日生
既往症			
身長	c m		
体重	k g		
握力	左	k g	
	右	k g	
肺活量	c c		
視力	左	裸眼 ()	矯正 ()
	右	裸眼 ()	矯正 ()
聴力			
言語			
運動機能			
就労の可否			

上記のとおり診断します。

令和 年 月 日

住所
医療機関名
医師名

印