

身体検査書

(消防職用)

住 所			
氏 名		生年月日	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