

# 令和7年度 横浜市 身体検査票

※太枠内は受験者があらかじめ記入してください。

試験区分	ふりがな
受験番号	名前
生年月日	平成 年 月 日 (満 歳)

「現在かかっている」もしくは「過去にかかったことのある」病気・けがについて、現在の状況を記入してください。正しい診断をするために、できるだけ具体的に、また正確に記述するようお願いします。

具体的な病名	発症時期 年 月 頃 (初めて診断を受けた時期でも可)
病気の経過 1 現在通院(治療)中( 年 月から現在まで) 、 2 経過観察中 3 完治 、 4 その他( ) 1~4いずれかを○で囲み、1又は4に該当した場合は具体的に記入してください。	
就業上の配慮 1 要( )、 2 不要 1~2いずれかを○で囲み、1の場合はどういった配慮が必要か具体的に記入してください。	
具体的な病名	発症時期 年 月 頃 (初めて診断を受けた時期でも可)
病気の経過 1 現在通院(治療)中( 年 月から現在まで) 、 2 経過観察中 3 完治 、 4 その他( ) 1~4いずれかを○で囲み、1又は4に該当した場合は具体的に記入してください。	
就業上の配慮 1 要( )、 2 不要 1~2いずれかを○で囲み、1の場合はどういった配慮が必要か具体的に記入してください。	

※ 女性のみ記入してください。

(該当する項目に○をつけてください)

妊娠中ですか(はい・いいえ・どちらとも言えない)

身長	• cm	聴力 (会話域)	<input type="checkbox"/> 正常
体重	• kg		<input type="checkbox"/> 所見有( )
B M I (小数点第1位まで)	• ※ BMI=体重(kg)÷身長(m)÷身長(m)	血圧	① ② / /
視力	右 裸眼・矯正(いずれかに○) • 左 裸眼・矯正(いずれかに○) •	胸部X線 (直接撮影)	 No. 令和 年 月 日 所見 結核の疑い 有・無 (いずれかに○)
尿検査 (いずれかに○)	糖 - ± + ++ +++ 蛋白 - ± + ++ +++		
総合所見			
就業上の配慮	要 • 不要 (いずれかに○) (就業上の配慮が要の場合、どういった配慮が必要か)		

検査の結果、上記のとおり相違ありません。

令和 年 月 日

医療(検査)機関名

住所

連絡先(電話)

医師名

印

# 令和7年度 横浜市 身体検査票 記入例

※太枠内は受験者があらかじめ記入してください。

試験区分	消防 (救急救命士)	ふりがな	しょうばう はなこ
受験番号	0119	名前	消防 花子
生年月日	平成〇〇年〇〇月〇〇日 (満〇〇歳)		

「現在かかっている」もしくは「過去にかかったことのある」病気・けがについて、現在の状況を記入してください。正しい診断をするために、できるだけ具体的に、また正確に記述するようお願いします。

具体的な病名	左肘靭帯損傷	発症時期	2019年9月頃 (初めて診断を受けた時期でも可)
病気の経過	1 現在通院 (治療) 中 ( 年 月から現在まで ) 、 2 経過観察中 ③ 完治 、 ④ その他 ( ) 1 ~ 4 いずれかを〇で囲み、 1 又は 4 に該当した場合は具体的に記入してください。		
就業上の配慮	1 要 ( ) 2 不要 1 ~ 2 いずれかを〇で囲み、 1 の場合はどういった配慮が必要か具体的に記入してください。		
具体的な病名	発症時期 年 月 頃 (初めて診断を受けた時期でも可)		
病気の経過	1 現在通院 (治療) 中 ( 年 月から現在まで ) 、 2 経過観察中 ③ 完治 、 ④ その他 ( ) 1 ~ 4 いずれかを〇で囲み、 1 又は 4 に該当した場合は具体的に記入してください。		
就業上の配慮	1 要 ( ) 2 不要 1 ~ 2 いずれかを〇で囲み、 1 の場合はどういった配慮が必要か具体的に記入してください。 ※既往歴等がない場合は未記入で結構です。		

※ 女性のみ記入してください。

(該当する項目に〇をつけてください)

妊娠中ですか (はい いいえ どちらとも言えない)

身長	160.0 cm	聴力 (会話域)	<input checked="" type="checkbox"/> 正常
体重	50.0 kg		<input type="checkbox"/> 所見有 ( )
B M I (小数点第1位まで)	19.53 ※ BMI=体重(kg) ÷ 身長(m) ÷ 身長(m)	血圧	① 110/60 ② 100/60
視力	右 裸眼 矯正 (いずれかに〇) 1.5 左 裸眼 矯正 (いずれかに〇) 1.5	胸部X線 (直接撮影)	 No. 令和 年 月 日 所見 結核の疑い 有 · 無 (いずれかに〇)
尿検査 (いずれかに〇)	糖 - ± + ++ +++		
	蛋白 - ± + ++ +++		
総合所見	異常なし		
就業上の配慮	要 · 不要 (いずれかに〇) (就業上の配慮が要の場合、どういった配慮が必要か)		

検査の結果、上記のとおり相違ありません。

令和 年 月 日

医療 (検査) 機関名 横浜市消防局クリニック

住所 神奈川県横浜市保土ヶ谷区川辺町2-20

連絡先 (電話) 045-334-6404

医師名 消防 太郎

印