


※太枠内は受験者があらかじめ記入してください。

[illegible]

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○) ・	胸部X線 (直接撮影)	
	左 裸眼・矯正 (いずれかに○) ・		
尿検査 (いずれかに○)	糖 ー 土 十 十十 十十十		
	蛋白 ー 土 十 十十 十十十		
総合所見			
		所見	結核の疑い 有 ・ 無 (いずれかに○)
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	しょうぼう 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	左肘靱帯損傷	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○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。	

※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○をつけてください) 妊娠中ですか (はい ①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 ③ 矯正 (いずれかに○) 1.5	胸部X線 (直接撮影)	 No. 令和 年 月 日 所見 結核の疑い 有 ・ ③ 無 (いずれかに○)
	左 裸眼 ③ 矯正 (いずれかに○) 1.5		
尿検査 (いずれかに○)	糖 ③ - ± + ++ +++		
	蛋白 ③ - ± + ++ +++		
総合所見	異常なし		
就業上の 配慮	要 ・ ③ 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 横浜市消防局クリニック
住所 神奈川県横浜市保土ケ谷区川辺町2-20

連絡先 (電話) 045-334-6404

医師名 消防 太郎

印