

令和8年度横浜市職員(高校卒程度、免許資格職など)採用試験 身体検査票の提出について 【消防、消防(救急救命士)区分第一次試験合格者のみ対象】

横浜市職員採用試験(消防、消防(救急救命士)区分)を受験するにあたり体力検査実施時の安全配慮や就労上の配慮事項の確認を行う際の参考資料とするため、身体検査票の提出をお願いします。

2ページ目の「身体検査票」を御自身で印刷のうえ医療機関に持参し、全ての検査項目を受診したうえで、受診結果及び医師の所見が記入された原紙を消防局人事課に御提出ください。提出にあたっては、下記の注意事項を必ず確認してください。

1 注意事項

- (1) 医療機関で受診する前にあらかじめ検査票の太枠内を記入し、身体検査票の全項目を
検査できる医療機関で受診してください。
なお、身体検査票は、指定の様式以外(学校や会社の健康診断結果など)での提出は認めません。
- (2) 検査にかかる費用は、各自の御負担となります。
- (3) 身体検査票は、医療機関に封入・封かんを依頼し、医療機関から受領した封筒(開封せず)を以下の送付先に御提出ください。医療機関名等記入欄に記載がない場合、医師の押印がない場合及び記入内容に不備等があった場合は、身体検査票を再度提出していただきます。
- (4) 医療機関によっては、検査日が定められている場合や、受診後、検査結果が出るまでに日数を要する場合がありますので、事前に御確認のうえ、早めに受診するようにしてください。
万が一、医療機関の都合で提出期限に間に合わない場合は、至急以下の問合せ先に連絡してください。

2 提出期限

令和8年10月29日(木)消印有効

3 送付先

〒240-0001 横浜市保土ヶ谷区川辺町2-20
横浜市消防局総務部人事課 採用担当宛て

4 送付方法


簡易書留による郵送 (※封筒の表面に「身体検査票在中」と朱書きしてください。)

横浜市消防局総務部人事課
TEL: 045-334-6404

令和8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 <small>(小数点第1位まで)</small>			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○) .						
尿検査 <small>(いずれかに○)</small>	糖 - ± + ++ +++						
	蛋白 - ± + ++ +++						
総合所見	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○)						
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8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いたします。


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○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 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 <small>(小数点第1位まで)</small>	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 <input checked="" type="checkbox"/> 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 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 無 (いずれかに○)	
	左 裸眼 <input checked="" type="checkbox"/> 矯正 (いずれかに○) 1.5			
尿検査 <small>(いずれかに○)</small>	糖 <input checked="" type="checkbox"/> - ± + ++ +++			
	蛋白 <input checked="" type="checkbox"/> - ± + ++ +++			
総合所見	異常なし			
就業上の 配慮	要 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 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ヶ谷区川辺町2-20

連絡先 (電話) 045-334-6404

医師名 消防 太郎

印