

問 診 票

氏名		所 属			
		生年月日	年齢	性別	

1. 現在の病気等

①現在の病名	②医師の指示事項

③既往歴	④アレルギー

2. 現在の状態

動 悸		息切れ		不整脈		他の症状
めまい		耳鳴り		皮膚病		
胸 痛		腰 痛		関節痛		

(注)上記の問診に当てはまるところに「ある」又は「ない」を記載して下さい。

3. 身体検査

身長(cm)	体重(kg)	握力(kg)		視 力		血圧 (mmHg)		血液型
		右		右		最高		
		左		左		最低		

上記のとおりで、実技訓練等を含む教育訓練には差し支えありません。

令和〇〇年〇〇月〇〇日

〇〇〇〇消防本部(局)

消防(局)長 ○ ○ ○ ○

[公印省略]

(注) 個人情報について、教育の目的の範囲内で使用し、その管理は厳重に行います。