

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。