

## 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)
		右		右	最 高
		左		左	最 低
4. 緊急時家族への連絡先					
連絡先	所在地又は勤務先名称		氏 名	続柄	電 話 番 号
①自 宅					
②勤務先					
<p>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。</p> <p>令和〇〇年〇〇月〇〇日</p> <p>〇〇〇〇消防本部（局）</p> <p>消 防（局）長    〇   〇   〇   〇</p> <p style="text-align: right;">[公印省略]</p>					

(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。