

健康診断書

ふりがな 氏名		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	受験番号 (記入不要)		
生年月日	平成 年 月 日				
業務歴		⑥血圧	最高血圧	mmHg	
			最低血圧	mmHg	
自覚症状		⑦貧血 多血	血色素量	g/dl	
			赤血球数	$10^6/\text{mm}^3$	
他覚症状		⑧肝機能	GOT	IU/l	
			GPT	IU/l	
			γ -GPT	IU/l	
身長	cm	⑨血中脂質	LDL コレステロール	mg/dl	
体重	kg		HDL コレステロール	mg/dl	
胸囲	cm		中性脂肪	mg/dl	
①肥満度 (BMI)					
②視力	右		⑩血糖	mg/dl	
	左		⑪HBs 抗原・抗体	抗原 + - ・ 抗体 - ± +	
③色覚		⑫HCV 抗体	抗体 + -		
④聴力	右 1000Hz	1 所見なし 2 所見あり	⑬尿	たん白	- ± +
	4000Hz	1 所見なし 2 所見あり		糖	- ± +
	左 1000Hz	1 所見なし 2 所見あり	⑭心電図		
	4000Hz	1 所見なし 2 所見あり			
⑤胸部X線検査	令和 年 月 日	異常 有 ・ 無 ()	医師の意見		
			消防業務就業 (可 ・ 否)		

令和 年 月 日

旭川市消防長

上記のとおり診断します。

医療機関住所 _____

医療機関名 _____

診断医師氏名 _____

(印)