

健康診断書

ふりがな 氏 名		☐ 男 ☐ 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	G O T	IU/l
				G P T	IU/l
				γ -GPT	IU/l
身 長		c m	⑨血中脂質	LDL コレステロール	mg/dl
体 重		k g		HDL コレステロール	mg/dl
胸 囲		c m			
①肥満度 (BMI)				中性脂肪	mg/dl
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

⑩