

健康診断書

北留萌消防組合

氏 名				生年月日	年 月 日	
住 所						
身 長	cm		体 重	kg		腹 囲
視 力	右		矯正視力	右		色彩識別能力
	左			左		
聴 力	正 常 ・ 異 常 （ 右 ・ 左 ）			胸部×線検査	撮影 年 月 日	
貧血検査	血色素			腰部×線検査	撮影 年 月 日	
	赤血球			心 電 図		
血中脂質検査	血 糖	随時血糖		HDLコレステロール		
	血 清 トリグリセリド			LDLコレステロール		
尿 検 査	糖		肝 機 能 検 査	GOT		
	蛋 白			GTP		
血 圧	～ mm Hg				γ-GTP	
HBs 抗原・抗体検査		抗原（ ＋ ・ － ） 抗体（ ＋ ・ － ）		HCV 抗体検査	抗体（ ＋ ・ － ）	
主な既往歴						
総 合 所 見	※就業の可否について記入してください。					

上記のとおり診断する。

年 月 日

病院所在地

病 院 名

医 師 氏 名