

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	cm	
視力	右	矯正視力	右	色彩識別能力	正常・異常	
	左		左			
聴力	正常・異常（右・左）		胸部X線検査	撮影	年 月 日	
貧血検査	血色素		腰部X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	～ mmHg			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	