

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×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