

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	