

# 健康診断書(消防職用)

6ヶ月以内に胸部X線撮影を伴う健康診断を受診した方で、その診断結果の写しを提出できる方は、胸部X線の検査は不要です。

受験番号			
氏名		生年月日	昭和 平成 年 月 日生
住所			

身長	cm	体重	kg	色覚	正常 異常 ( )
視力	右 ( ) 左 ( )	矯正両眼 ( )	右 ( ) 左 ( )	聴力	正常 異常 ( )
血圧	~ mm Hg			胸部 X線	No. 所見
検尿	タンパク( ) 糖 ( ) ウロビリノーゲン( ) 潜血 ( )				
現 病 歴	循環器系、 その他内臓器官	既 往 歴	循環器系、 その他内臓器官		
	運動機能		運動機能		
	その他の疾病		その他の疾病		

所見(就業に際しての所見を含む)

上記のとおり証明します	
平成 年 月 日	
医療機関名	印
医師名	印

注1 ※印の欄は記入しないでください。

注2 検査項目において異常のある場合には、詳細をご記入ください。

注3 6ヶ月以内に胸部X線撮影を伴う健康診断を受診した方は、医療機関にてその診断結果をこの様式に転記して証明することも可能です。

注4 医療機関、医師のそれぞれ押印の上、封入してください。

注5 矯正視力の場合は、必ず片眼と両眼の視力それぞれ測定してください。