

健康診断書

所属	南空知消防組合															
氏名						男・女	生年月日		年 月 日							
住所																
身長	cm				体重				kg							
視力	右			両眼			矯正視力	右			両眼			色覚	正常・色弱	
	左						左									
聴力	正常・難聴(右・左)						胸部エックス線検査				撮影 年 月 日					
血液型	型 . RH ()															
貧血検査	血色素															
	赤血球															
血中脂質検査	血糖			随時血糖			H D L コレステロール									
	血清トリグリセライド						L D L コレステロール									
尿検査	糖			()			心電図									
	蛋白			()			主な既往症									
血圧測定	～ mmHg															
肝機能検査	GOT						総合所見									
	GPT															
	γ-GTP															
HBs 抗原・抗体検査	抗原+-・抗体+-															
HCV 抗体検査	抗体+-															

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	㊞