

健康診断書

(伊丹市消防局提出用)

住所									
ふりがな		性別		電話番号					
氏名		男女		生年月日		昭和 年 月 日 (歳) 平成			
既往歴 及び 現 症		なし・あり ()							
身長		. cm		X 線 撮 影	平成 年 月 日撮影				
体重		. kg			直接・間接				
胸囲		. cm			所見				
血圧		~ mm H g							
眼	視力	右	裸眼 . 矯正 (.)		赤沈	1 時間値 mm		2 時間値 mm	
		左	裸眼 . 矯正 (.)			心電図			
	色覚		正常・異常 ()			感覚器			
	疾患		なし・あり ()			呼吸器			
聴力	右		正常・異常 ()			消化器			
	左		正常・異常 ()			神経系			
	疾患		なし・あり ()			皮膚			
尿検査	蛋白					運動機能			
	糖					脊椎			
	ウロビリ					その他の疾患			
医師の指示及び 就業上の注意事項									
平成 年 月 日検査		(検査機関) 所在地							
		名 称							
		医 師							
		印							

- 注 1 上記項目について、保健所または公立病院で受診してください。
 2 この診断書は、返却いたしません。