

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	平成 年 月 日 (歳)	
既往歴 及び 現 症	無し・有り ()				
身長			cm	X 線 撮 影	令和 年 月 日撮影 直接 ・ 間 接 所 見
体重			kg		
血 圧	~		mm H g		
眼	※1 視力	右	裸眼 . 矯正 (.)	赤 沈	1 時間値 mm
		左	裸眼 . 矯正 (.)	心 電 図	
	※2 色 覚		所見無し・有り ()	感 覚 器	
	疾 患		所見無し・有り ()	呼 吸 器	
聴 力	右	所見無し・有り ()	消 化 器		
	左	所見無し・有り ()	神 経 系		
	疾 患	所見無し・有り ()	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					
令和 年 月 日検査		(検査機関) 所在地			
		名 称			
		医 師 印			

<注> この診断書は、返却いたしません。

※1 視力検査は、矯正視力の人については裸眼視力も測定してください。

※2 色覚検査の結果については、合否に影響いたしません。(ただし、現場活動に支障となる程度の所見が認められる場合には、従事できる職務に制限を受ける場合があります。)