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	～　mmＨｇ				
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＞　１　上記項目について、保健所又は※3 公的医療機関等で受診してください。

２　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。）

※３　公的医療機関等とは、医療法第３１条「開設者における分類区分」による国又は公的医療機関をいう。