

# 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
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
		左	裸眼 . 矯正 ( . )	心 電 図	
	※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※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。

※ 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。)

※ 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。