

健康診断結果書

住 所 _____				
氏 名 _____ (生年月日 平成 年 月 日生)				
①身 長 _____ cm	⑨赤沈値 _____			
②体 重 _____ kg	⑩血 圧 最高 () 最低 ()			
③胸 囲 _____ cm	⑪ 尿 蛋白 () 糖 ()			
④握 力	右 _____ kg	⑫心電図 正 常・()		
	左 _____ kg	⑬胸部X線(令和 年 月 日撮影) 直 接 ・ 撮 影 間 接 所 見 正 常・()		
⑤視 力	(裸 眼) 片眼 右 ()			左 ()
	(矯 正) 片眼 右 ()			左 ()
⑥色 覚 正 常・()				
⑦聴 力 正 常・()				
⑧言 語 正 常・()		⑭既往疾病 _____		
⑮総 合 評 価 <input type="checkbox"/> 健康 <input type="checkbox"/> 要再検 <input type="checkbox"/> 要観察 <input type="checkbox"/> 要注意 <input type="checkbox"/> 要治療 <input type="checkbox"/> 要休養 (該当する項目に○印を付けてください。健康以外の場合は、下記に理由を記入してください。消防士として採用された場合に、職務遂行上支障がないか記入をお願いします。) <div style="text-align: center;">記</div> <hr style="border-top: 1px dashed black;"/> <hr style="border-top: 1px dashed black;"/>				
上記のとおり相違ありません。 令和 年 月 日 <div style="text-align: center;"> 医療機関住所 医療機関名 医 師 名 </div> <div style="text-align: right; margin-top: 20px;">⑮</div>				

※公的医療機関が証明したもの