

健康診断書

ふりがな			生年月日	性別
氏名	姓	名	昭和・平成 年 月 日	男・女
既往歴 及び 現症	なし ・ あり ・ありの場合、病名・発病した年齢（症状・治療状況等）を詳しく記載してください。 <div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%; margin-top: 5px;"></div>			

以下の項目について、医療機関で測定・検査等を受けてください。

身長		cm	胸部 X 線	撮影	年	月	日	
体重		kg		直接 ・ 間接				
血圧	～	mmHg						
視力	(裸眼・矯正) 右	左						
聴力	右	・ 左						
握力	右	・ 左						
肺機能(肺活量)								
色覚			心電図					
耳疾								
言語								
関節機能								
血液検査	血色素量			その他の 現症等				
	赤血球数							
	GOT							
	GPT			総合所見	・ 異常なし ・ 異常あり 診断名等 <div style="border: 1px solid blue; height: 100px; width: 100%; margin-top: 10px;"></div>			
	γ-GTP							
	LDL コレステロール							
	中性脂肪							
	HbA1C							
	クレアチニン							
	尿酸値							
尿検査	糖	- ± + 2+ 3+						
	たん白	- ± + 2+ 3+						
	ウロビリノーゲン	± + 2+ 3+						
	潜血	- ± + 2+ 3+ M						
診断日： 年 月 日 医療機関所在地及び名称 <div style="text-align: right; margin-top: 20px;"> 診断医師 氏名 ㊟ </div>								

健康診断について

健康診断については、受験者が医療機関において、この健康診断書の表面にある項目全てを受診してください。

受診した医療機関にて健康診断の結果を記入してもらい、提出してください。

検査項目等の都合により複数の医療機関で受診する場合は、健康診断書を複写して使用してください。

注意：記載事項に不正があると船橋市消防局職員として採用される資格を失う場合があります。