

健康診断書

(八雲町消防職員採用試験用)

氏名		性別	生年月日		検診年月日	
		男・女	平成 年 月 日		令和 年 月 日	
既往症			胸部	(所見)		
自覚症状			エックス線			
他覚症状			血圧	/ mmHg		
身長	cm		心電図	正常・その他 ()		
体重	kg		尿	糖		
胸囲	cm			たん白		
視力	右	()	四肢関節の機能	正常・その他 ()		
	左	()				
色覚	正常・その他 ()		医師の総合所見			
聴力	正常・その他 ()					
腰椎	(所見)		従業上の注意事項			
エックス線						
上記のとおり診断します。				令和 年 月 日		
医療機関 住所 医師名						

※ 視力 () 内は矯正視力

※ 各欄はすべて記入願います。