

健康診断個人票 (採用試験用)

氏 名				受診年月日	平成 年 月 日	
生 年 月 日		平成 年 月 日生		年齢	歳	性別
業 務 歴				聴力	右	1 所見なし 2 所見あり
					1000HZ	1 所見なし 2 所見あり
					4000HZ	1 所見なし 2 所見あり
既 往 歴					左	1 所見なし 2 所見あり
				1000HZ	1 所見なし 2 所見あり	
				4000HZ	1 所見なし 2 所見あり	
自 覚 症 状				胸部X線検査		1 所見なし 2 所見あり
他 覚 症 状				血 圧 (mmHg)		—
				尿検査	糖	— +
					蛋 白	— ± +
貧血	赤血球数			伝染性疾患の有無		
	血色素量					
肝機能	G O T			医師の指示及び 業務上の注意事項		
	G P T					
	γ - G P T					
脂質	L D L - C			健康診断を実施した 病院名・医師名		
	H D L - C					
	血 中 脂 質					
血 糖				健康診断を実施した 病院名・医師名		
心 電 図		1 異常なし 2 異常あり				
身長	cm	体 重	kg			
胸 囲	cm	色 覚				
視 力	右 (矯正)	()	左 (矯正)	()	印	

※最近6ヵ月以内に受診したもの

伊予消防等事務組合