

健康診断個人票 (採用試験用)

氏 名				受診年月日	令和 3 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		
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			
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 T P							
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								
心 電 図		1 異常なし 2 異常あり						
身 長		cm						
体 重		kg						
胸 囲		cm						
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