

健康診断票

(消防職用)

氏名	男・女	生年月日	昭和 平成	年	月	日(歳)
既往歴						
現在 治療中 の疾患						
身長	. cm		胸部X線 検査	直接撮影No		
体重	. kg			間接撮影No		
視力	裸 眼 矯 正 右 . (.)			所見		
	左 . (.)		色覚	赤・青・黄の識別が できる ・ できない		
聴力	右			尿検査	糖 :	
	左		蛋白 :			
血圧	mmHg～ mmHg		ウロビリノーゲン :			
その他 の所見						

上記のとおり診断する

令和 年 月 日

診断病院

診断医師

印