健　康　診　断　書

氏名	男 女	住所	
生年月日	昭和・平成　　年　　月　　日生 （　　歳）	既往症	

身長	cm	血液検査	AST(GOT)		LDL		胸部Ｘ線所見	
体重	kg		ALT(GPT)		HDL			
視力	右　（　）		γ-GTP		中性脂肪			
	左　（　）		血糖値	（食後　　H）				
聴力	右　正常　難聴	検尿	蛋白					
	左　正常　難聴		糖					
血圧	／		ウロビリノーゲン					

理学的所見		心電図検査	
		その他の疾病・障害等の所見	

総合所見・概評	

上記のとおり診断いたします。

令和　　年　　月　　日

医療機関名

医　師　　印

（※消防士職用）