

健 康 診 断 票		岡山市消防局	
住 所			
氏 名	男 ・ 女		
生 年 月 日	平成	年	月 日 生 (歳)
既 往 歴	無 ・ 有 ()		
自覚症状等	無 ・ 有 ()		
体 格	身長	cm	体重 kg 腹囲 cm
肺 活 量	cc		
視力(矯正)	右	()	・ 左 ()
聴 力	右1000Hz	異常 無 ・ 有 ()	
	4000Hz	異常 無 ・ 有 ()	
	左1000Hz	異常 無 ・ 有 ()	
	4000Hz	異常 無 ・ 有 ()	
血 圧	～ mmHg		
胸 部 X 線	異常 無 ・ 有 ()		
尿	糖	- ± + ++ +++	蛋白 - ± + ++ +++
	ウレビリノーゲン	± + ++ +++	
貧 血	白血球数	$10^2/\mu l$	赤血球数 $10^4/\mu l$
	血色素量	g/dl	ヘマトクリット %
血 糖 値	mg/dl		
肝 機 能	GOT	IU/l	GPT IU/l
	γ -GTP	IU/l	
血 中 脂 質	TG	mg/dl	
	LDL-C	mg/dl	
	HDL-C	mg/dl	
心 電 図	異常 無 ・ 有 ()		
そ の 他 の 現 症	無 ・ 有 ()		
(注) 1 記載事項に該当すれば○で囲み、異常があればその所見を必ず記入してください。 2 胸部X線検査で異常有の場合は、その結果を原則電子媒体(CD-R等)で添付してください。			

健康診断実施機関記入欄

備 考

令和 年 月 日

所在地

病院名

医 師

印