【別紙３】

健　康　診　断　票

岡山市消防局

住　　所	
氏名（フリガナ）	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　－　±　＋　＋＋　＋＋＋ ｳﾛﾋﾞﾘﾉｰｹﾞﾝ　±　＋　＋＋　＋＋＋
貧　　血	白血球数　　10^2／μl　赤血球数　　10^4／μl 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。

裏面あり

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