

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 c m	体重 k g	腹囲 c m
肺 活 量	c c		
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	～ mmH g		
胸 部 X 線	異常 無 ・ 有 ()		
尿	糖	－ ± + ++ +++	蛋白 ー ± + ++ +++
	ウロビリノーゲン	± + ++ +++	
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	G O T	IU/l	G P T IU/l
	γ - G T P	IU/l	
血 中 脂 質	T G	mg/d l	
	L D L - C	mg/d l	
	H D L - C	mg/d l	
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