

健康診断検査結果(消防職)

氏名			住所	都道 府県	
	男・女				
生年月日	平成 年 月 日生	受診時 ()歳	貧血	赤血球数 $\times 10^4 / \mu\text{L}$	
				ヘモグロビン g/dl	
身長	cm		脂質代謝	HDLコレステロール mg/dl	
				LDLコレステロール mg/dl	
体重	kg			中性脂肪 mg/dl	
腹囲	cm		肝機能	AST(GOT) IU/ℓ	
				ALT(GPT) IU/ℓ	
				γ-GTP IU/ℓ	
視力	右 裸眼 (矯正)		現在治療中の病気		
	左 裸眼 (矯正)				
聴力	右	1000HZ 1. 所見なし 2. 所見あり	既往歴		
		4000HZ 1. 所見なし 2. 所見あり			
	左	1000HZ 1. 所見なし 2. 所見あり			
		4000HZ 1. 所見なし 2. 所見あり			
血圧	/ mmHg		自覚・他覚 症状の有無	無	
尿検査	蛋白	-・+・++・+++以上	その他		
	糖	-・+・++・+++以上			
	潜血	-・+・++・+++以上			
胸部レントゲン	撮影方法	直接・間接	上記検査内容に相違ないことを証明する 令和 年 月 日		
	<所見>	有・無			
心電図	<所見>	有・無	医療機関名		
			医療機関住所		
糖代謝	空腹時血糖	mg/dl	医師名		印
	又は HbA1c	%			