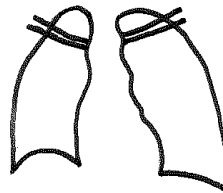


## 身体検査票（消防職）

氏名			生年月日	年 月 日（ 歳）	
			健診年月日	年 月 日	
業務歴			胸部エックス線 検査	直接	間接
既往歴				撮影	年 月 日
自覚症状					
他覚症状				フィルム番号 No.	
			備考		
身長 (cm)			血 圧 (mmHg)		
			貧血検査	血色素量 (g/dℓ)	
体重 (kg)			赤血球数 (万/mm <sup>3</sup> )		
			G O T (IU/ℓ)		
胸囲 (cm)			肝機能検査		
			G P T (IU/ℓ)		
BMI ※1			γ - G T P (IU/ℓ)		
			L D L (mg/dℓ)		
腹囲 (cm)			血中脂質検査		
			H D L (mg/dℓ)		
			トリグリセライド (mg/dℓ)		
			血 糖 検 査 (mg/dℓ)		
視力 ※2	右	( )	尿 検 査	糖	
	左	( )		蛋白	
		赤・青・黄色の識別	可・不可	心電図検査	
聴力	右	1000Hz	1 所見なし 2 所見あり	医師の診断 ※3	
		4000Hz	1 所見なし 2 所見あり		
	左	1000Hz	1 所見なし 2 所見あり	医師の意見 ※4	
		4000Hz	1 所見なし 2 所見あり		
上記のとおり診断しました。					
		令和 年 月 日	所在地		
			病院（機関）名		
			医師名		
			印		

※1 BMIは、次の算式により算出してください。 BMI = 体重(kg) / 身長(m)<sup>2</sup>  
 ※2 「視力」の欄は、矯正していない場合は（ ）外に、矯正している場合は（ ）内に記入してください。  
 ※3 「医師の診断」の欄は、異常なし、要精密検査、要治療等の医師の診断を記入してください。  
 ※4 「医師の意見」の欄は、健康診断の結果、異常の所見があると診断された場合に、消防職員としての職務遂行（火災現場での作業、高所作業等）における支障の有無や就業上必要な措置について医師の意見を記入してください。