

令和7年度金武地区消防衛生組合採用候補者選定試験

④

健康診断書

住所			
氏名			
生年月日	平成 年 月 日 (才)		
胸部X線	NO. 所見		
身長	Cm	体重	Kg
視力	右	裸眼 () 矯正視力 ()	
	左	裸眼 () 矯正視力 ()	
色覚	異常なし ・ 異常有		
聴力	右		
	左		
血圧	最高	mmHg	最低 mmHg
検尿	糖	蛋白	潜血
心電図			
既往歴		現病名	
その他備考			

上記のとおり診断する

令和 年 月 日

病院名

所在地

医師

印