

令和9年度金武地区消防本部採用候補者選定試験

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

醫師

印