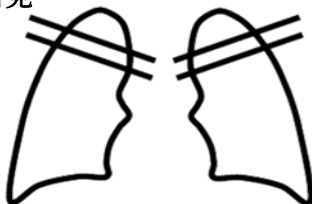


健康診断書

有料老人ホームへの入所に伴い健康診断をお願いいたします。

フリガナ 氏 名				男 女	生年月日 明治 ・ 大正 ・ 昭和 年 月 日 (歳)			
住 所		TEL						
病 名				既往歴				
病状経過				処方内容				
身長(cm)		体重(kg)		血圧(/ mm Hg)		脈拍(回/分)		血液型(型)
検査所見 【検査日 年 月 日】				胸部レントゲン【撮影日 年 月 日】				
尿	蛋 白	－ 土 +		所見 	異常なし ・ 異常あり			
	糖	－ 土 +						
	潜 血	－ 土 +						
感 染 症	HB s	抗原精密	－ +	心電図	異常なし ・ 異常あり()			
	HCV	抗 体	－ +					
	疥 癬	－ + 部位()						
皮膚疾患(含褥瘡)		無 ・ 有()		結核の既往		無 ・ 有 (歳)		
アレルギー(食物・薬)		無 ・ 有()		視力障害		無 ・ 有()		
麻 痺		無 ・ 有()		聴力障害		無 ・ 有()		
拘 縮		無 ・ 有()		言語障害		無 ・ 有()		
特記事項								

上記のとおり、診断いたします。

令和 年 月 日

医療機関名

所在地

医師 氏名