


健康診断書

フリガナ			性別	男 ・ 女	
氏名			生年月日	明 大 昭 年 月 日 (歳)	
住所	〒 電話				
病歴	< 診断名 > < 現在の治療状況・服薬状況 >				
治療内容	< 既往歴 >				
身長・体重	cm	kg	X 線 結 果	撮影年月	年 月 日
血压	/ mmHg			所見	
検尿	蛋白() 糖() 潜血()				
視力	右() 左()				
聴力	良好 不良(大きめの声で聴こえる 補聴器使用)				
感染症	結核性疾患	無 有	肝炎	HBs抗原(-・+)	
	梅毒	TPHA: (-・+)		HCV抗体(-・+)	
	MRSA 鼻腔(-・+・+・+)				
	疥癬	(-・+・既往あり)	ヘルペス	無 有	
	皮膚疾患	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ※褥瘡(部位) ※湿布(部位)			
その他 特記事項	精神障害				
	身体障害				
	認知症(痴呆)	無 ・ 有 (軽・中・重) ※症状[]			
	アレルギー	無 ・ 有 ()			
	医師による診断所見及び入居にあたっての意見				
診断の結果、上記の通り相違ないことを証明します。					
令和 年 月 日					
医療機関名					
所在地					