

健康診断書(都市型軽費老人ホーム)

ふりがな 氏名		男 女	生年月日	明治	大正	昭和
			年	月	日	歳
住所			電話			

病名				既往歴			
病状経過				病状経過			
身長	cm	体重	kg	血圧	mmHg	脈拍	回／分
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	-	±	+			
	糖	-	±	+			
	潜血	-	±	+			
感染症	H B s	抗原 (-)	抗体 (-)	+			
	H C V	抗体	-	+			
	梅毒	-		+			
	疥癬	-		+			
皮膚疾患(含)	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。

年 月 日

医療機関名

所在地

医師名