

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		血压	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	HBs	抗原 (-) 抗体 (-)															
	HCV	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