

健康診断書

(注)この様式は基本的な健康診断書です。疾患に基づく検査データがありましたら添付してください。

(横浜市介護老人保健施設共通様式)

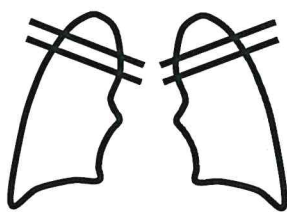
フリガナ 氏名		男 女	生年月日	明治・大正・昭和
住所	TEL			

病名		既往歴	
症状経過		処方内容	

(身長 cm)(体重 kg)(血圧 / mmHg)(脈拍 回/分)	
検査所見	【検査日 年 月 日】
尿	蛋白質 - ± +
	糖 - ± +
	潜血 - ± +
感染症	H B s 抗原精密 - +
	H C V 抗体 - +
	疥癬 - + 部位()
皮膚疾患(含褥瘡)	無・有()
アレルギー(食物・薬)	無・有()
麻痺	無・有()
拘縮	無・有()
特記事項	

胸部レントゲン 【撮影日 年 月 日】

所見



異常あり・異常なし

結核の既往 無・有 (歳)

視力障害 無・有()

聴力障害 無・有()

言語障害 無・有()

上記のとおり、診断いたします。

年 月 日

医療機関名

所在地

医師氏名

印