

健康診断書

フリガナ					男 ・ 女	生年月日	大正 年 昭和 月 日			
氏名										
主病名										
既往歴		高血圧症				結核		血液型	型 RH ( )	
		脳卒中				癌		感 染 症	MRSA	( 有・無 )
		脳卒中後遺症の有無				骨粗鬆症			HBS抗原	( 有・無 )
		糖尿病				リウマチ			HCV抗体	( 有・無 )
		心臓病				パーキンソン病			疥癬	( 有・無 )
		高脂血症				腎機能障害			梅毒	( 有・無 )
		肝機能障害								
現病歴										
身長					cm	胸部X線所見				
体重					kg	心電図所見				
血圧		脈 体温			尿蛋白					
視力 (必要時)	右		左		尿糖					
聴力		正常・やや難聴・難聴			補聴器		有 ・ 無			
その他										
認知症・精神的な所見										
診察所見										
その他施設入所に注意を要する所見										
現在処方中の薬										

上記の通り診断いたします。

年 月 日

医療機関名

住所

医師名

印