

健康診断書

フリガナ					男 ・ 女	生年月日	大正 昭和 年 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