

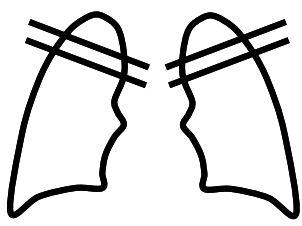
健康診断書

(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 年 月 日(歳)
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】		胸部レントゲン 【撮影日 年 月 日】	
尿	蛋白質	- ± +	所見  異常あり・異常なし
	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()	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。

平成 年 月 日

医療機関名

所在地

医師氏名

印