

健康診断書

ふりがな 氏名		様	性別	男・女
生年月日	大正・昭和	年	月	日生 (歳)
住所				
既往歴	薬の服用：			
現病歴				
血液検査	HBS抗原 定性（陰性・陽性） HCV抗体 定性（陰性・陽性） TPHA抗原 定性（陰性・陽性） （注）症状により MRS (+・-)			
*その他 肝・腎機能等最近のデータがあれば添付お願いします。				
血圧	/	mmHg	脈拍	/分
薬物アレルギー	無・有 ()		入浴	可・否
四肢及び運動障害				
その他の障害				
感染症疾患	無・有			
認知症の有無	無・有 (脳血管・アルツハイマー・老人性)			
認知症対応型共同生活介護利用	可・否			
生活介護時の留意点				
認知症について具体的な状態等 ・問題行動について ・意志疎通の程度について ・状態に関する理解の程度（時間、場所等）について ・その他				
上記の通り診断します。 <div style="text-align: right; margin-right: 10%;"> 令和 年 月 日 住 所 医療機関名 医 師 名 印 </div>				