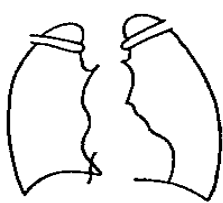


健康診断書

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	TEL			
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 MRSA (痰)	
	*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。			
	(身長 cm)		/ (体重 kg)	
バイタル値	体温	() °C		
	脈拍	() 回/分		
	血圧	(/) mm/Hg		
	その他：			
検査所見	【検査日 年 月 日】		胸部レントゲン【撮影日 年 月 日】	
アレルギー(食物・薬)	無	有	所見  異常あり ・ 異常なし	
皮膚疾患 (含褥瘡)	無	有		
麻痺	無	有		
拘縮	無	有		
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		
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)		
生活介護時の留意点				
日常生活 自立度	寝たきり度	正常・J1・J2・A1・A2・B1・B2・C1・C2		
	認知症	正常・I・IIa・IIb・IIIa・IIIb・IV・M		
特記事項				
上記の通り診断します。 <div style="text-align: center;"> 令和 年 月 日 住 所 医療機関名 医 師 名 印 </div>				