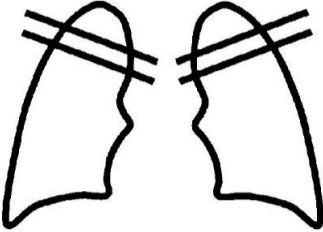


健康診断書

ケアハウス 大地

氏名	フリガナ			男女	生年月日 明治 ・ 大正 ・ 昭和 年 月 日 (歳)			
住所								
病名					合併症			
既往歴・現病歴								
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	－ 土 ＋			所見 			
	糖	－ 土 ＋						
	潜血	－ ＋						
感染症	HBs	－ ＋						
	HCV	－ ＋						
	MRSA	－ ＋ ()						
	その他	－ ＋ ()						
精神疾患		無 ・ 有 ()			心電図			
結核の既往		無 ・ 有 (歳)			皮膚疾患		無 ・ 有 ()	
視力障害		無 ・ 有 ()			アレルギー		無 ・ 有 ()	
聴力障害		無 ・ 有 ()			麻痺		無 ・ 有 ()	
言語障害		無 ・ 有 ()			特記事項(通院、内服、他)			

上記のとおり、診断いたします。

令和 年 月 日

医療機関名

所在地

医師氏名

印