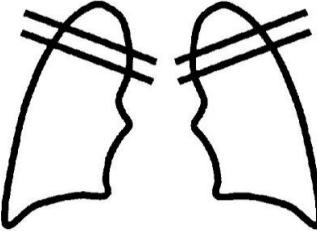


健 康 診 断 書

ケアハウス 大地

氏名	アリガナ	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	-	±	+	所見 		
	糖	-	±	+			
	潜血	-		+			
感染症	HBs	-		+			
	HCV	-		+			
	MRSA	-	+	()			
	その他	-	+	()			
精神疾患				結核の既往	無・有(歳)		
皮膚疾患				視力障害	無・有()		
アレルギー				聴力障害	無・有()		
麻痺				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