

健康診断書 (通所リハビリテーション用)

【利用者】 氏 名： _____ 様 性 別： 男・女
 生年月日： M・T・S 年 月 日 (_____ 歳)
 住 所： _____
 TEL： _____

① 病 名		③ 既往歴	
② 血 圧	最高 _____ ・ 最低 _____		
④ 病状の発病時期と経過			
⑤ 胸部X線 所見	異常有り ・ 異常無し	⑥ 感染症	
医師所見： 平成 年 月 日		HBs 抗原 () 抗体 ()	
		HCV 抗体 - +	
		疥癬 - +	
		TPHA - +	
⑦ 入浴利用時の意見			
(条件などがあればご記入をお願い致します)			
可 _____			
体温： _____ ~ _____ °C 血圧： _____ ~ _____ mm Hg			
脈拍： _____ ~ _____ 回/分 (整 ・ 不整)			
否 (理由) 例) 疾病名・怪我など _____			
⑧ 運動実施基準			
血圧： _____ / _____ mm Hg ~ _____ / _____ mm Hg			
心拍数： _____ 回/分まで			
その他禁忌事項： _____			
⑨ 通所リハビリテーション利用上の留意点			

【担当医】 医療機関名： _____
 所在地： _____
 担当医氏名： _____ 印
 電話番号： _____ 令和 年 月 日