

健康診断書

(注)この書式は基本的な健康診断書です。疾患に基づく検査データがありましたら添付してください。

(横浜市介護老人保健施設共通様式)

フリガナ 氏名		男 女	生年月日 年 月 日(歳)	明治・大正・昭和
住所	TEL			

病名		既往歴	
症状経過		処方内容	

(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  異常なし・異常あり
	糖	- ± +	
	潜血	- ± +	
感染症	H B s	抗原精密 - +	心電図 異常なし・異常あり() ※心電図のコピーを添付してください
	H C V	抗体 - +	
	疥癬	- + 部位()	
皮膚疾患(含褥瘡)	無・有()	結核の既往	無・有(歳)
アレルギー(食物・薬)	無・有()	視力障害	無・有()
麻痺	無・有()	聴力障害	無・有()
拘縮	無・有()	言語障害	無・有()
特記事項			

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