

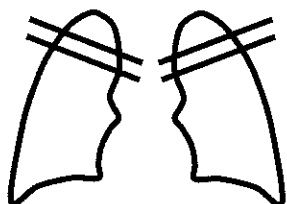
健康診断書

(注)この様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 明治・大正・昭和 年 月 日(歳)
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】																											
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td rowspan="3" style="width: 5%;">尿</td> <td style="width: 15%;">蛋白質</td> <td style="width: 10%;">-</td> <td style="width: 10%;">±</td> <td style="width: 10%;">+</td> </tr> <tr> <td>糖</td> <td>-</td> <td>±</td> <td>+</td> </tr> <tr> <td>潜血</td> <td>-</td> <td>±</td> <td>+</td> </tr> <tr> <td rowspan="2" style="width: 5%;">感 染</td> <td style="width: 15%;">H B s</td> <td style="width: 10%;">抗原精密</td> <td style="width: 10%;">-</td> <td style="width: 10%;">+</td> </tr> <tr> <td>H C V</td> <td>抗体</td> <td>-</td> <td>+</td> </tr> <tr> <td style="width: 5%;">症</td> <td>疥癬</td> <td>-</td> <td>+</td> <td>部位()</td> </tr> </table>	尿	蛋白質	-	±	+	糖	-	±	+	潜血	-	±	+	感 染	H B s	抗原精密	-	+	H C V	抗体	-	+	症	疥癬	-	+	部位()	所見  異常あり・異常なし
尿		蛋白質	-	±	+																							
		糖	-	±	+																							
	潜血	-	±	+																								
感 染	H B s	抗原精密	-	+																								
	H C V	抗体	-	+																								
症	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。

平成 年 月 日

医療機関名

所在地

医師氏名

印