

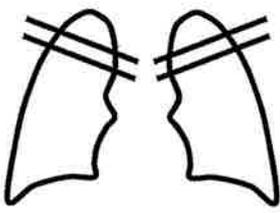
# 健康診断書

(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】	
尿	蛋白質	- ± +	<div style="text-align: center;">  <p style="margin-top: 10px;">異常あり・異常なし</p> </div>	
	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。

令和 年 月 日

医療機関名

所在地

医師氏名

印