

健康診断書

ふりがな		□男 □女	生年	明・大・昭	年	月	日生
氏名			月日				(歳)
住所				身長：	・体重：		
				血圧：	・脈拍：		
病名			精神疾患	□有 □無	【程度と状態】：		
経過 病状			認知症	□有 □無			
			感染症疾患	□有 □無			
			MRSAの 既存の有無	□有 □無			
			皮膚疾患の 有無と状態 (褥瘡・疥癬等)	□有 □無			
既往症 年月日			結核	□有 □無			
			現在の 処方				
総合 意見	【施設利用の可否について】						
上記の通り診断します。 医療機関名 所在地 令和 年 月 日 電話 FAX 医師氏名							

なお、下記の検査を実施して、ご記入願います。

血 液	赤血球数		HBs抗原		【心電図所見】： 【胸部 X-P 所見】：
	白血球数		HCV抗体		
	ヘマトクリット		総蛋白質		
	血色素数		血清アルブミン		
	総コレステロール		G O T		
	中性脂肪		G P T		
	クレアチニン		γ G T P		
尿	血沈		H b A 1 C		
	蛋白		梅毒	ガラス板	
	糖		反応	凝集法	
潜血		以上の検査実施時期：平成 年 月 日			