


# 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	所見  異常あり ・ 異常なし		
蛋白質		- ± +	
糖		- ± +	
潜血		- ± +	
感染症			
H B s		抗原精密 - +	
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。

平成 年 月 日

医療機関名

所在地

医師氏名

印