

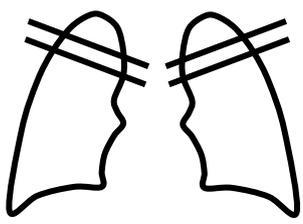
# 健康診断書

(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( )
アレルギー(食物・薬)	無・有( )	
麻痺	無・有( )	
拘縮	無・有( )	
特記事項	結核の既往 無・有 ( 歳 ) 視力 障害 無・有( ) 聴力 障害 無・有( ) 言語 障害 無・有( )	

上記のとおり、診断いたします。

年 月 日

医療機関名

所在地

医師氏名

印