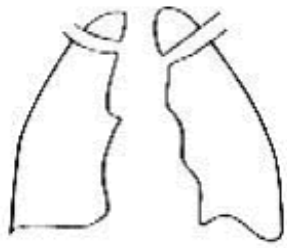


健康診断書

氏名		男・女	生年 月日	年 月 日(歳)
住所	御前崎市			
主な感染 性疾患の 有無	病名	検査の 有無	疾患の 有無	レントゲン検査結果(可能な限り)
	結核	無・有	無・有	(直接・間接) 
	梅毒	無・有	無・有	
	疥癬	無・有	無・有	
	肝炎 (B・C)	無・有	無・有	
	MRSA	無・有	無・有	
	その他	無・有	無・有	
	感染の有無及び留意事項			
現症 ※治療中の病気と治療内容				
注射投薬の 処方箋				
食事提供時の 留意点				
血圧	mmHg			

既往症 (主なもの)			
<input type="checkbox"/> 心疾患() <input type="checkbox"/> 骨折() <input type="checkbox"/> 脳血管障害()			
精神疾患	認知症・せんもう・幻覚・乱暴・不潔・破壊癖		
問題行動	徘徊癖・アルコール依存・精神的障害・性格の偏り		
視力	普通・やや見えにくい ・見えない	聴力	普通・やや聞こえにくい ・聞こえない
言語	普通・やや不明瞭 ・不明瞭	四肢	健全・障害あり 障害の部位等:
移送の可否	可・否 留意事項:	入浴の可否	可・否 留意事項:
所見			
上記のとおり診断します。			
			年 月 日
医療機関名 住所			
医師 氏名			印