

## 健康診断書

氏名	フリガナ		男女	年齢	生年月日 M・T・S 年 月 日 ( 歳)		
住所	TEL ( )						
胸部 X 線	病的陰影なし 病的陰影あり			現病及び治療内容			
心電図所見				投薬内容			
運動障害							
聴力	身長 _____ cm 体重 _____ kg			既往歴			
視力	普通・聞こえにくい・聞こえない						
尿検査	普通・弱視・見えない			感染症疾患の徴候			
血液検査	血圧						
入浴	糖			その他特記事項 認知症の有無 (有 無 (軽 中 重) 記憶障害 有 無 (軽 中 重) 失見当 有 無 (軽 中 重) 問題行動 有 無 (軽 中 重) 具体的に ( )			
入浴	蛋白						
入浴	潜血						
入浴	TPHA 定性						
入浴	HBs 抗原						
入浴	HCV 抗体						
入浴	可 否						
入浴	注意事項						
上記のように診断します				医療機関			
平成 年 月 日				住所			
				電話			
				医師名			
				印			