

健康診断書（老人ホーム入所用）

氏名		男・女	生年月日 M・T・S . . (歳)		
住所	鈴鹿市				
伝染性疾患 について	イトゲン所見：異常の有無 無・有（病名： ） 結核性疾患の有無 無・有 疑診の根拠（ ） 既往の有無 無・有				
	HBS抗原（ ） HCV抗体（ ）				
皮膚疾患 について	褥瘡の有無及び程度 無・有（程度 ）				
	疥癬等の有無 無・有				
尿検査	糖（ ）	蛋白（ ）	ウロビリノーゲン（ ）	血圧	（ / ）
既往症 及び 現病歴	病名	発病又は初診年月日			症状
投薬内容					
精神疾患 又は認知症 の状態					
その他の 所見					

上記のとおり診断します。

年 月 日

医療機関名

担当医師名

印