

# 健康診断書

氏名			男 女	生年 月日	明治 大正 昭和	年	月	日	生 歳
住所									
既往歴			現在の病名 疾患名						
現在の 投薬名									
薬アレルギー									
検尿	糖	+	-	感染症検査					
	蛋白			HBS抗原	+	-			
	ウロビリノーゲン			HCV抗体	+	-			
				TPHA	+	-	(+の場合: 倍)		
	MRSA	+	-						
褥そう	有( )・無		眼	日常生活:支障なし					
疥癬	有・無			支障あり 視力:右( )左( )					
血圧	/			眼疾:緑内障(有・無) 白内障(有・無)					
聴打診上の 特記事項			耳	聴力:右( )左( )					
				補聴器:使用有・無					
X線所見 間 接 直 接			四肢及 び運動 機能障 害	耳疾:有( )・無					
			体格	身長( )cm 体重( )kg					
精神の 状況	認知症	有(有の場合、程度なども詳しく) 無							
	問題行動	有(有の場合、詳しく) 無							
概評									
上記のとおり診断します				平成 年 月 日					
				住所					
				医療機関名					
				電話					
				医師					
				印					

\*検査データは、直近3ヶ月以内のデータでお願いします