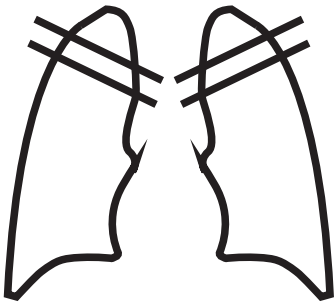


健康診断書

(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。

フリガナ 氏名		男 女	生年月日 明治・大正・昭和 年 月 日 (歳)
住所			

病名		既往歴	
症状経過		処方内容	

(身長 c m) (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	蛋白	-	±	+	所見  異常あり・異常なし
	糖	-	±	+	
	潜血	-	±	+	
感染症	HBs	抗原精密	-	+	
	HCV	抗体	-	+	
	MRSA (鼻腔に限る)	-	+	部位()	
	疥癬	-	+	部位()	
皮膚疾患(含褥瘡)	無・有 ()	結核の既往	無・有 (歳)		
アレルギー(食物・薬)	無・有 ()	視力障害	無・有 ()		
麻痺	無・有 ()	聴力障害	無・有 ()		
拘縮	無・有 ()	言語障害	無・有 ()		
特記事項					

上記のとおり、診断いたします。

令和 年 月 日

医療機関名

所在地

医師氏名

印