健康診断書

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 氏名 | | | | 生年月日　　　　　　　　　　　　年齢 |
| 住所  〒 | | | | |
| 病名 | | | | 既往歴 |
| 治療の内容（投薬・注射・処置等） | | | | |
| 心電図　　　　　不整脈： | 血圧 | | ～　　　　　mmHg | |
| 褥瘡 | | □無　　□有　部位（　　　　　　　　　　　　） | |
| 麻痺 | | □無　　□有　部位（　　　　　　　　　　　　） | |
| 認知症 | | □無　　□有　症状（　　　　　　　　　　　　） | |
| 胸部X-P | MRSA | |  | |
| 梅毒 | |  | |
| HBV | |  | |
| HCV | |  | |
| その他 | |  | |
| 注意事項・問題点 | | | | |
| 上記のとおり診断します  令和　　年　　月　　日 | 住所  病院名  医師名 | 印 | | |

※採決等の検査結果のコピーを添付してください