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