

健康診断書

住所	〒 ー					TEL	ー ー	
氏名				血液型	RH +・ー 型			
生年月日	明・大・昭	年	月	日	年齢	歳	性別	男・女
身長	cm	体重	kg		血圧	/ mmhg		
視力	正常・異常 ()			聴力	普通・やや難聴・難聴 補聴器 (有・無)			
言語	正常・異常 ()			認知症	無・有 (軽度・中度・重度)			
四肢運動機能				心電図	正常・異常 ()			
検尿	糖		胸部所見					
	蛋白							
	潜血							
感染症	HBs							
	TPHA							
	HCV							
	結核の既往							
皮膚疾患	褥瘡 無・有 (部位)			疥癬 (無・有 (部位))				
現病歴								
既往症								
現在の治療 投薬の内容 その他								
上記のとおり診断します。								
平成 年 月 日								
				医療機関	所在 名称 医師名			
(印)								