

健康診断書 (ほのぼの園ケアハウス入居用)

氏名		男・女	生年月日	大正 昭和	年	月	日	歳
住所								
既往歴								
治療中疾病								
自覚症状								
感染症	HBS抗原() HCV抗体() MRSA(無・有) 疥癬(無・有)							
胸部X線	(令和 年 月 日撮影)							
心電図	(令和 年 月 日撮影)							
尿検査	糖()	蛋白()	ウロビリノーゲン()	血压	(/)			
身長(cm)／体重(kg)	cm／	kg	視力障害 (無・有)	聴力障害 (無・有)				
その他所見								

上記の通り診断します。

令和 年 月 日

住 所

医 療 機 関 名

医 師 名

印