

健康診断書

本人	住所	〒 - ()		
	氏名	〔男・女〕〔明治・大正・昭和 年 月 日生〕		
病名	主病名			
	既往歴			
	認知症	無・有	(発症時期: 年 月頃)	
健康状態	感染症等	咳嗽・喀痰: (無・有) 感染症 TPHA (無・有) 結核の既往: (無・有) HBS (無・有) アレルギー: (無・有) HCV (無・有) ()		
	皮膚疾患	褥瘡: 無・有 :部位 伝染性の皮膚疾患: 無・有 :部位 その他:		
	血液検査	検査結果のコピーを添付してください 必須項目 TP ALB Hb GOT GPT BUN Cre		
	身体情報	身長:(cm) 体重:(kg) 血圧:(/)		
	食事	普通食・療養食 ()		
	投薬	(無・有) 処方内容: 投薬の時間等: 食(前・間・後)・就寝前 その他()	胸部 X-P 所見 施行日 _____	
		心電図 所見 施行日 _____		
その他	介護サービス利用に係る注意事項等			
上記のとおり診断いたします。		平成 年 月 日		
		住 所:		
		病(医)院名:		
		医 師 名:		

上記項目をすべて確認できる様式であれば、貴院の診断書式でも結構です。