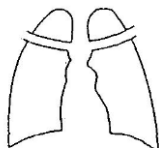


ケアハウスゆうばえの里 健康診断書

氏名										
生年月日	明治・大正・昭和	年	月	日	(歳)	男性	女性			
住所										
現在治療中の傷病名と治療開始時期										
現在服用中の内服薬										
既往歴										
身長	c m			体重	k g		体温	℃		
視力	右	左	聴力	右	左	血液型		R h	+	-
血压										
血液検査	白血球 ()		赤血球 ()		血色素 ()					
尿検査	蛋白 ()		潜血 ()		尿糖 ()					
胸部X線	(令和 年 月 日 撮影)									
										
感染症等の有無	<ul style="list-style-type: none"> ・結核性疾患 (なし あり：病名：) ・伝染性皮膚疾患 (なし あり：病名：) ・その他の感染性疾患 (なし あり：病名：) 									
精神疾患等の有無	<ul style="list-style-type: none"> ・精神疾患 (なし あり：病名：) ・認知症 (なし あり：病名：) 									
入居についての主治医の意見 (ケアハウスでの生活の可否及び入居に当たっての留意事項等)										

上記のとおり診断します

令和 年 月 日

所在地

医療機関の名称

医師

印