健 康 診 断 書

社会福祉法人　永楽会

フリガナ		性別	生年月日	M・T・S　年　月　日(　　歳)
氏　名		男 ・ 女		
住　所				電話(　　－　　－　　)

現病歴	
①　　年　月	⑤　　年　月
②　　年　月	⑥　　年　月
③　　年　月	⑦　　年　月
④　　年　月	⑧　　年　月

既往歴			
①　　年　月	⑥　　年　月		
②　　年　月	⑦　　年　月		
③　　年　月	⑧	結核	なし ・(あり　　年)
④　　年　月	⑨	褥瘡	なし ・(あり　　年)
⑤　　年　月	⑩	疥癬	なし ・(あり　　年)

投薬中の処方	
内服薬(複写添付可)	外用薬
	他科処方　なし ・ あり

特に注意する事項					
身　長	cm	体　重	kg	血　圧	～　　mmHg
肝　炎	HBs抗原　(　＋　・　－　)			HCV抗体　(　＋　・　－　)	

胸部X線　(異常なし・あり) ※ありの場合の所見	アレルギー　なし あり (　　) (　　)

上記のとおり診断します。　　平成　　年　　月　　日

医療機関名称
および所在地
医師氏名　　㊞