

# 健康診断書

介護老人福祉施設 ひまわり

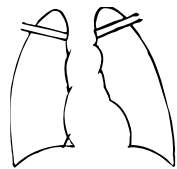
フリガナ		性別		生年月日・年齢	年 月 日 ( 歳)
氏名					
住所				電話番号	

<現在の病名>

1		(	年	月	日)
2		(	年	月	日)
3		(	年	月	日)
4		(	年	月	日)
5		(	年	月	日)

<既往歴>

1		(	年	月	日)
2		(	年	月	日)
3		(	年	月	日)
4		(	年	月	日)
5		(	年	月	日)

身長	cm	体重	kg	胸部X線	(撮影 年 月 日)
血压	/	mmHg		所見	
脈拍	回/分		<input type="checkbox"/> 整 <input type="checkbox"/> 不整		
感染症	肝炎				
	梅毒				
アレルギー	なし ・ あり ( )			□実施不能	

<症状及び治療経過>

<現在の処方>

上記のとおり診断する。令和 年 月 日

医療機関所在地	医師名
名称	電話番号