

# 健康診断書

介護老人福祉施設 ひまわり

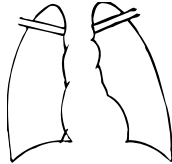
フリガナ		性別	生年月日・年齢	年 月 日 ( 歳)
氏名				
住所				電話番号

<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 ( )			<input type="checkbox"/> 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