健 康 診 断 書

注意	1.この診断書はホーム入居のために使用します。 2.本書他、血液検査等の情報がある場合は添付してください。

フリガナ		性別	男 ・ 女
氏名		生年月日	明 大 昭 年 月 日 歳
住所	〒 電話 ( )		

【診断名】		
	身長・体重	cm kg
	血圧	BP ／ mmHg
	結核	無 ・ 有
	HBs抗原	陰性 ・ 陽性
	HCV抗体	陰性 ・ 陽性
	梅毒	陰性 ・ 陽性
【既往歴】	疥癬	無 ・ 有
	褥瘡	無 ・ 有 部位 ( )
	アレルギー	無 ・ 有 ( )
	認知症の有無	無 ・ 有 (軽 ・ 中 ・ 重)
	MRSA	陰性 ・ 陽性 部位 ( )
	＊MRSAについては、医療処置等で感染が疑われる場合、抗菌薬耐性の感染巣がある場合などに限り、検査を実施してください。	

【現病歴】	【現在処方されているお薬】

【医師による診察所見 及び 入居にあたっての意見】

診断の結果、上記の通り相違ないことを証明します。

令和 年 月 日 医療機関名

所在地

TEL

FAX

医師名 印

A094-20230728