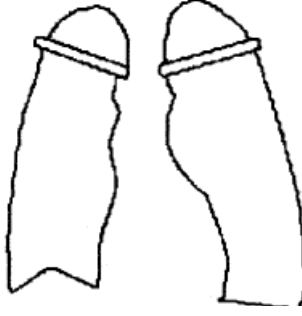


入居対象者健康診断書

氏名	(男・女)		生年月日	M T S	年 月 日	(歳)
住所					TEL	
現病歴	病名			発症時期		
	認知症の症状 なし あり ()型			既往歴		
視力	右	.	聴力	右	所見	
	左	.		左	所見	
血液検査	WBC		尿検査	尿 蛋 白		
	RBC			尿 糖		
	HCT			尿 潜 血		
	PLT		心電図	所見		
	GOT			(年 月 日実施)		
	GPT					
	γ-GTP			感染症	HCV 抗体	-
	BUN		HBs 抗原		-	+
	CRE		WBC		-	+
	血糖		MRSA 既往		-	+
			現在 MRSA	-	+	(部位)
胸部 X 線				身体所見	運動機能所見	
					褥瘡創傷所見	
	所見			皮膚疾患所見		
	直接	間接	(年 月 日実施)			

上記のとおり診断します

令和 年 月 日

医療機関名

所在地

医師の氏名

印

※各検査は、診断日より3カ月以内のものをご使用ください。
 ※胸部X線に異常がある方、結核の既往歴がある方については、喀痰・結核菌の検査をお願いいたします。