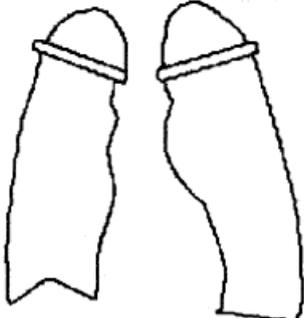
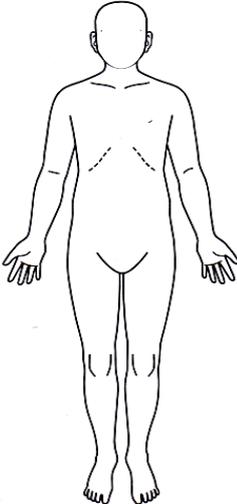


入居対象者健康診断書

氏名	(男・女)		生年月日	昭和	年	月	日	(歳)							
住所							TEL								
現病歴	病名			発症時期				既往歴	病名			発症時期			
	認知症の症状 なし あり ()型														
視力	右	.		聴力	右	所見		左	.		左	所見			
	左	.			右	所見			左	所見					
血液検査	WBC			尿検査	尿蛋白			心電図	所見						
	RBC				尿糖				(年 月 日実施)						
	HCT				尿潜血										
	PLT			感染症	HCV抗体	-	+								
	GOT				HBs抗原	-	+								
	GPT				MRSA	-	+	(部位)							
	γ-GTP				褥瘡	-	+	(部位)							
	BUN														
	CRE														
血糖															
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。