

健康診断書

フリガナ 氏名		男 女	明治 昭和 年 月 日生まれ 大正 () 歳
住所	〒 - - Tel () - -		
既往歴(特に結核等感染症につき確認願います) 発症年月日	胸部 X 線検査 直接 間接 1. 2. 3. 平成 年 月 日撮影		
現病歴	心電図 所見		
治療内容 (内服薬・外用・点眼・注射・処置等)	感染症検査		理学的所見
	HBs 抗原		血圧
	HCV 抗体		視力
	梅毒		聴力
	※MRSA	咽頭・喀痰・尿	身長
	アレルギー薬剤過敏等	体重	
伝染病疾患の徴候	有 ・ 無	(内容)	
認知症 (BPSD)	有 ・ 無	(内容)	
皮膚疾患 (褥瘡・疥癬・その他)	有 ・ 無	(病名・部位・程度・治療内容等)	
四肢及び運動障害			
療養上の注意事項 禁忌事項			
上記の通り診断します 平成 年 月 日 住所 医療機関 (施設) 名 医師氏名 印 電話 F A X			

※MRSA については発熱・咳嗽などの症状があれば、咽頭・喀痰・尿などの該当する検体の培養検査を実施してください。