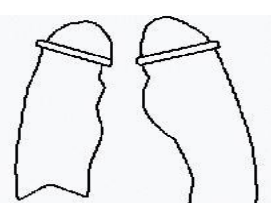


# 健康診断書

長谷川介護サービス株式会社

フリガナ	男	生年月日		
氏名	女	M・T・S	年	月 日( 歳)
主病名				
既往歴				
身長		cm	/	体重 kg
血圧		/ mmHg		
身体機能	麻痺	部位	程度	
	拘縮	部位	程度	
医学的所見、症状について				
精神症状及び問題行動				
検査所見	胸部X-P所見		心電図所見	
	平成 年 月 日			
			検尿 蛋白( ) 糖( ) 潜血( )	
		血液型		RH型
感染症	MRSA	陰性	陽性( + ++ +++)	部位( ) W氏 + -
	HBs	抗原	抗体	C型肝炎 + -
血液検査結果の添付をお願い致します。(3ヶ月以内のデータでも可)				
皮膚疾患	褥瘡	有	無	部位
	疥癬	有	無	感染症状部位
処方				

上記の通り診断致します。

平成 年 月 日

医療機関 所在地  
名称  
医師氏名