

健康診断書

平成 年 月 日

高齢者専用賃貸住宅 ハートランド【 】

| | | | |
|-----------------------|-----------------|-------------|--------------------|
| 氏名 | 男・女 | | M・T・S 年 月 日生 () 歳 |
| 住所 | 〒 (-) | | TEL () |
| 身長 | cm | 体重 kg | 血圧 / mmhg |
| 視力 | 正常・異常 () | 眼鏡 (有・無) | 胸部所見 |
| 聴力 | 普通・やや難聴・難聴 | 補聴器 (有・無) | |
| 言語 | 正常・異常 () | | |
| 認知症 | 有・無 | (軽度・中度・重度) | |
| 四肢運動機能 | | | |
| 心電図 | 正常・異常 () | | |
| 検尿 | 糖 () | 蛋白 () | 潜血 () |
| 感染症 | HBs 抗原 () | TPHA 定性 () | HCV 抗体 () |
| 皮膚疾患 | 褥創 (有・無)・部位 () | | |
| | 疥癬 (有・無)・部位 () | | |
| 現病歴 | | | |
| 既往歴 | | | |
| 現在の治療 投薬の内容 その他 | | | |

上記のとおり報告します。

平成 年 月 日

住所

医療機関名

医師名

印