

健康診断書

作成日：令和 年 月 日

提出先 → 施設名：□ハートランド ・ □ルグラン【 】

※医療機関様へお願いです。重機の □に✓ ・ 【 】に施設名を記載してください。

| | | | |
|-----------------------|---------------------|-------------|--------------------|
| 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 住 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。 | | | |
| 作成日：令和 年 月 日 | | | |
| 住 所 | | | |
| 医療機関名 | | | |
| 医 師 名 | 印 | | |