

通所介護・短期入所生活介護利用健康診断書

利用者	住所			
	氏名		男女	明治・大正・昭和 年 月 日生
現在の病名				胸部X線 所見 (撮影日 年 月 日)
既往歴				
感染症の有無	H C V ( ) ワッセルマン反応 ( ) H B 抗原 ( )		血压	/
皮膚疾患の有無	疥癬 ( 有 ・ 無 ) その他			
投薬内容				
入浴の可否及び、注意事項				
上記の通り診断します。 年 月 日				
住所 電話 病医院名 医師名				