

健康診断書

特別養護老人ホーム りんごの郷

ふりがな氏名			
生年月日	M・T・S 年 月 日生（ 歳） 男・女		
傷病名	(発症年月日がわかる場合は記入して下さい)		
内服薬及び注射	(薬剤一覧表コピー可)		
身体状況	四肢麻痺 無・有（上肢 右・左 下肢 右・左） 拘縮 無・有（ ） 皮膚疾患 無・有（ ） 褥瘡 無・有（ ） 体重 kg 身長 cm		
コミュニケーション	言語 障害なし・失語症・構音障害・呂律障害 視力 正常・見えにくい・見えない 聴力 左：聴こえる・聴こえにくい・聴こえない／右：聴こえる・聴こえにくい・聴こえない 認知症 無・有（ ） 徘徊 無・有（ ）		
検査	胸部X線所見		
・アレルギー等 なし あり（ ） ・ワッセルマン反応 TPHA（ ） ガラス板（ ） ・HBs 抗原（ ） 抗体（ ） ・HCV 抗体（ ） ・MRSA（＋・－）部位（ ）		撮影 年 月 日	
特記事項	(現在行っているものに○印)		
気切・経管栄養（鼻腔・胃ろう）・留置カテーテル・ストーマ・在宅酸素			
上記の通り診断します。			
令和 年 月 日			
医療機関名			
医師 印			