

健康診断書

(グループホームアート園)

フリガナ 氏名	男 女	生年月日	明治・大正・昭和 年 月 日 (歳)
住所			

現在病	病名		
既往歴	病名 発症年月日 (年 月 日頃) 発症年月日 (年 月 日頃) 発症年月日 (年 月 日頃)		
伝染性疾患の既往	1. 結核 (あり ・ なし) 2. 梅毒 (あり ・ なし) 3. その他 (あり ・ なし) (疾患名)		
身長・体重	身長	cm	体重 kg
血圧	血圧	/ mmHg	脈拍 回/分
尿	蛋白	— ± —	
	糖	— ± —	
	潜血	— ± —	
血液検査 所見 (年 月 日)	RBC BUN 総コレステロール	Hb クレアチニン	Ht GPT 中性脂肪
			WBC LDH 空腹時血糖
			P1t 総蛋白 r-GTP
胸部X線	所見 有 ・ 無 撮影年月日 (年 月 日)		
現在の感染性疾患の有無	1. MRSA (有 ・ 無) 2. 緑膿菌 (有 ・ 無) 3. 慢性肝炎 (B型) (有 ・ 無) 4. 慢性肝炎 (C型) (有 ・ 無) 5. 疥癬 (有 ・ 無) 6. その他 (他の人にうつる病気) 無 ・ 有 (病名)		
視力 障害	無 ・ 有 ()		
聴力 障害	無 ・ 有 ()		
麻 痺	無 ・ 有 ()		
特記事項			

上記のとおり診断いたします

令和 年 月 日

医療機関名

所在地

医師氏名

印