

## 入居時健康診断書

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)		胸部レントゲン所見	
聴 力	普通・やや難聴・難聴 補聴器 (有・無)			
言 語	正常・異常 ( )			
認 知 症	無 ・ 有 (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				
アレルギーなど (薬・食事)				
そ の 他				
上記のとおり診断します。				年 月 日
住 所				
医療機関名				
医 師 名	印			