

# 健康診断書

住所					
氏名			明・大・昭 年 月 日( 歳) 男・女		
既往症					
現 症	(疾病名・症状経過)				
	皮膚疾患	(褥瘡・その他)			
	精神障害	(老人性認知症の状態)			
血液型			血圧測定	～	
検 尿	蛋 白	( - , ± , + , + )			
	糖	( - , ± , + , + )			
	ウロビリノーゲン	( - , 正常 , + , + )			
EKG所見					
胸部X線 結核性所見					
MRSA	(+)の場合定量 ( )				
HBs抗原			HCV抗体		
ワ氏反応	①諸方法		②ガラス板法		③疑集法 ④TPHA法
その他の伝染性疾患の有無					

医師の所見	入院	要・否	通院	要・否	伝染の恐れ	有・無
	(認知症高齢者グループホーム入所の的確性について記入してください。)					

上記の通り診断いたします。

令和 年 月 日

医療機関名  
医師氏名

印