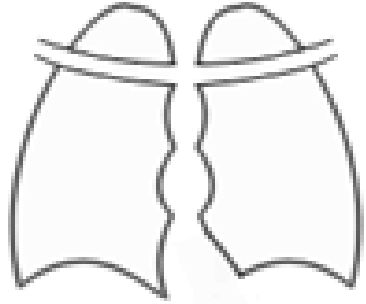


(様式-2)

健康診断書

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

既往歴	現病歴

(身長 c m) (体重 k g) 血圧 (/) 脈拍 回/分			
検査所見《検査日 年 月 日》 ※3ヶ月以内の情報			
尿	蛋白 - ± +	胸部レントゲン(撮影日 年 月 日) 所見  異常あり ・ 異常なし	
	糖 - ± +		
	潜血 - ± +		
血液	WBC RBC		
	Hb Ht		
生化学	TP アルブミン		
	GOT GPT		
	γ-GTP T-c ho		
	TG BUN		
	クレアチニン CRP定量 mg/dl		
感染症	HBs 抗原 () 抗体 ()	心電図 所見	
	HCV 抗体 - +	糖尿病(現病歴・ 既往歴)のある方	HbA1C ()
	ワ氏反応 TPHA法定性 - +	結核の既往	FBS ()
	疥癬 - + 部位 ()	アレルギー(薬・食物) 無・有 ()	無・有 ()
	MRSA -・+ (鼻腔・咽頭)		
特記事項		皮膚疾患(褥瘡含む) 無・有 ()	
		医療器具 無・有 ()	

上記のとおり、診断いたします。

年 月 日

有料老人ホーム ツクイ・サンシャイン杉並

管理者殿

医療機関名

所在地

医師氏名

印