

健康診断書

平成 年 月 日

住宅型有料老人ホーム

ハートランド布施

〒577-0055 大阪府東大阪市長栄寺4番2号

TEL: 06-6618-5731 FAX: 06-6618-5735

氏 名	男 ・ 女		M・T・S	年 月 日生 () 歳
住 所	〒 (-) TEL ()			
身 長	c m	体 重	kg	血 圧 / mmhg
視 力	正常・異常 ()		眼鏡 (有・無)	胸 部 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	有・無		(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 そ の 他				
上記のとおり報告します。平成 年 月 日 住 所 医療機関名 医 師 名 印				