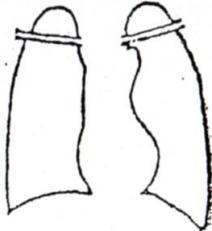


施設利用者健康診断書

氏 名		生年月日・性別	年 月 日 男・女
診 断 名	身長 (cm) 体重 (kg)		
現在の経過等			
現在の処置 投薬内容			
既 往 歴			
その他の介護上での注意事項(入浴時等)			
検 査 事 項			
皮膚疾患		心電図所見	(異常 無・有)
	発 疹 無 ・ 有		
	創 部 無 ・ 有	胸部X-P所見	(異常 無・有)
	疥 癬 無 ・ 有		
	褥 瘡 無 ・ 有		
感 染 症	HBs抗原 (+ ・ -)		
	梅毒反応 (+ ・ -)	令和 年 月 日 撮影	
	HCV抗体 (+ ・ -)	令和 年 月 日	
上記のとおり診断する。			
医療機関名			
所在地			
医 師 名	印		