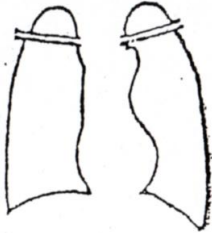


施設利用者健康診断書

氏 名		生年月日・性別	年 月 日 男・女
病名 (発症日)	身長(cm) 体重(kg)		
現在の経過等	認知症等、療養、生活に関して障害となる疾病を詳しく記入ください。		
現在の処置・ 投薬内容			
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		胸部X-P所見 (異常 無 ・ 有)	
創 部 無 ・ 有		 ※「有」の場合の状態	
疥 癬 無 ・ 有			
褥 瘡 無 ・ 有 (部位)			
感 染 症	HB s 抗原 (+ ・ -) 梅毒反応 (+ ・ -) HCV抗体 (+ ・ -)		令和 年 月 日撮影
上記のとおり診断する。 令和 年 月 日 医療機関名 所 在 地 医 師 名 印			