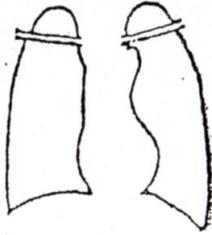


# 施設利用者健康診断書

氏 名		生年月日・性別	年 月 日 男・女
診 断 名			
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）			
<b>検 査 事 項</b>			
皮膚疾患 発 疹            無 ・ 有 創 部            無 ・ 有 疥 癬            無 ・ 有 褥 瘡            無 ・ 有	心電図所見            (異常 無 ・ 有 ) 胸部X-P所見        (異常 無 ・ 有 ) <div style="text-align: center; margin-top: 20px;">  </div>		
感 染 症	HB s 抗原            ( + ・ - ) 梅毒反応            ( + ・ - ) HCV抗体            ( + ・ - ) MRSA (部位 :        ( + ・ - )	令和    年    月    日 撮影 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		