

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）			
検 査 事 項			
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		