健 康 診 断 書

大 原 の 里

氏　名		生年月日	M･T･S　　年　　月　　日
住　所			

計測	体温　　血圧　　／	脈数（　　／　分）　心音 純 ・不純
	蛋白（　　）　糖（　　）	拍 調律（ 正・不整 ）　検尿 潜血（　　）

1. 現在の主な病気	病状･治療状況及び検査結果等
①	
②	
③	
2. 自 覚 症 状	
3. 最近5年間の入院	

4. 伝染性疾患の有無			
L　U　E　S	有 ・ 無	有の場合の感染の恐れ	有 ・ 無
H　B 抗　原	有 ・ 無	〃	有 ・ 無
結　　核	有 ・ 無	〃	有 ・ 無
皮 膚 疾 患	有 ・ 無	〃	有 ・ 無
その他（　　）	有 ・ 無	〃	有 ・ 無

5. 身体状況			
①運動麻痺	有（右･左）・ 無	⑤認知症	有　・　無
②言語障害	有 ・ 無	⑥排 泄	自力可 ・ 便尿器使用 ・ オムツ使用
③視力障害	有 ・ 無	⑦食 事	自力可 ・ 半介助 ・ 全介助
④聴力障害	有 ・ 無	⑧歩 行	自力可 ・ 杖使用 ・ 歩行器使用 ・ 車椅子使用

以上のとおり診断いたします。

平成　　年　　月　　日

住所

医師

氏名　　印