

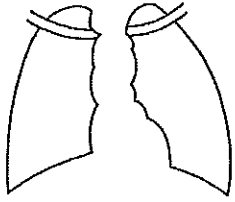
健康診断書

(注)この様式は基本的な健康診断書です。

疾患に基づく検査データがありましたら添付してください。

フリガナ 氏名		男 女	生年月日 明治・大正・昭和 年 月 日(歳)
住所	電話 ()		

病名		既往歴	1. 年 月～ 年 月 2. 年 月～ 年 月 3. 年 月～ 年 月 4. 年 月～ 年 月
症状経過	処方内容		

(身長 cm) (体重 kg) (血圧 / mmHg) (脈拍 回/分)		
検査所見【検査日 年 月 日】	胸部レントゲン【撮影日 年 月 日】	
尿	蛋白 - ± + 糖 - ± + 潜血 - ± +	所見  異常あり・異常なし
感染症	HBs 抗原()抗体() HCV 抗体 - + 疥癬 - + 部位()	
皮膚疾患(含褥瘡)	無・有()	
アレルギー(食物・薬)	無・有()	結核の既往 無・有(歳)
麻痺	無・有()	視力障害 無・有(歳)
拘縮	無・有()	聴力障害 無・有(歳)
特記事項 ※痴呆症状(有・無) 具体的な内容		言語障害 無・有(歳)
		痴呆判定 正常 I II III IV M
		身体判定 J A B C

上記の通り、診断いたします。

平成 年 月 日

医療機関名
所在地
医師氏名

印