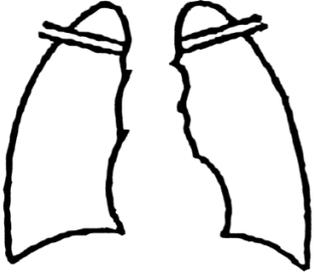


施設利用時健康診断書(情報提供書) (入所用)

フリガナ 氏名	男 女	生年月日 M・T・S 年 月 日 (歳)
現住所		TEL
現在までの経緯		
現病名	発症日	既往症 発症日 経過
身長	cm	体重 kg
検査	TP Alb BUN CRE GOT GPT CRP	血圧 / mmHg 脈拍 /分 整・不整
	FBS HbA1c WBC RBC Hb	
感染症	MRSA (+・-) 部位()	令和 年 月 日
	HBs抗原(+・-) HCV抗体(+・-) TPHA(+・-)	
		(胸部X線像) 異常 有・無 所 見
撮影日 令和 年 月 日		(心電図) 異常 有・無 所 見
服薬内容		
皮膚疾患	褥瘡 無・有 部位	疥癬 無・有 部位
アレルギー	薬品 無・有 ()	食品 無・有 ()

以上、老人保健施設に於ける入所に際し、支障のないことを診断致します。

令和 年 月 日

医療機関 名称

所在地

医師名

(印)

介護老人保健施設 ハートケア市川