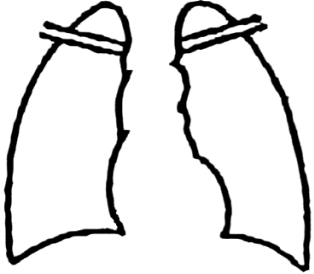


# 施設利用時健康診断書(情報提供書) (入所用)

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		血圧 / mmHg
TP	Alb	脈拍 /分 整・不整
BUN	CRE	GOT
GPT	CRP	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	(心電図) 異常 有・無
	所見	所見
服薬内容	撮影日 令和 年 月 日	
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