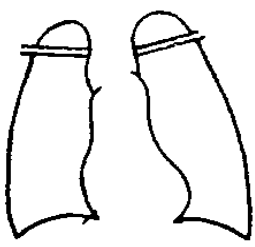


# 健康診断書

フリガナ					性別	生年月日		
氏名					男 女	年 月 日 (満 才)		
身長	体重	血圧	脈拍	視力		聴力		HCV
		/		日常生活		日常生活		+ -
cm	kg	mmHg	/分	可	不可	可	不可	HBsAg
								+ -
生化学			検尿			血液		
T-P		g/dl	蛋白	-	±	+	白血球	×10 <sup>2</sup>
Alb		g/dl	潜血	-	±	+	赤血球	×10 <sup>4</sup>
AST(GOT)		IU/L	糖	-	±	+	血色素	g/dl
ALT(GPT)		IU/L					ヘマトクリット	%
胸部X線			心電図			義歯の有無		
 ( 年 月 日)			( 年 月 日)			無・有( 本)		
						認知症の有無		
						無・有(軽 中 重)		
既往歴								
現病歴					常用薬			
入居に対するアドバイス								

上記の通り診断します。

年 月 日

住所

医療機関名

医師名

⑨