

健康診断書（デイケア用）

（下記項目すべてに記入お願いいたします）

フリガナ				男	生 年 月 日		
氏 名				女	明 ・ 大 ・ 昭 年 月 日 （ 歳）		
住 所	〒 ー 大阪市 区						
TEL	（ ） ー						
身 長				cm	胸部レントゲン所見（直接撮影：平成 年 月 日） 		
体 重				kg			
血 圧	収縮期血圧						mmHg
	拡張期血圧						mmHg
検 尿	潜血		糖				
	蛋白		ウロビリ ノーゲン				
感染症	HBs抗原検査				MRSA		
	HCV抗体検査				結 核		
	※ 現在わかる範囲の記入で結構です。						
既往歴							
現病歴							
投薬内容							
サービス利用にあたっての留意点							
デイケア利用の可否	可	否	入浴サービス利用の可否	可	否	ショートステイ利用の可否	
						可	
現時点におけるサービス利用にあたっての診断は、上記の通りです。							
平成 年 月 日							
住所			Tel () ー				
医療機関名							
医師							