吾野園様式入所用

健　康　診　断　書

ふりがな 氏　名		男 女	生年 月日	年　月　日生　（　歳）		
郵便番号 住　所	－ 					
体　重	ｋｇ	身　長	ｃｍ	血　圧	／	
血液型	型　（ＡＢＯ式）　ＲＨ［　］（ＲＨ）					

検　尿	X線所見
蛋　白　［　］ 糖　［　］ ウリビリノーゲン　［　］	

＊感　染　症　有［　］・無　＊ワッセルマン反応［　］
＊ＨＢ抗原　［　］・ＨＢ抗体　［　］　＊ＨＣＶ抗体［　］
＊緑　膿　菌［　］・無　＊アルブミン値　［　ｇ／dl］
＊褥　創［部分　］・無　＊ＭＲＳＡ［　］

既　往　症	
現状の病名 経過および 治療の概略	
身体上の 欠陥並びに 異常のある 場合の内容	

上記の状態なので、特別養護老人ホーム内の団体生活に甚だいし障害を及ぼす事のないものと認めます。

令和　年　月　日　　医療機関所在地
名　称

医　師　氏　名　　印