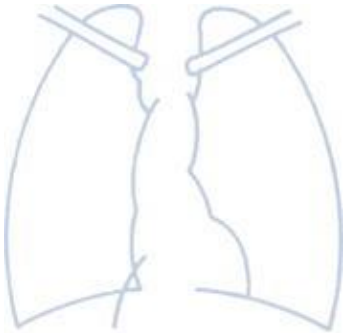
健康診断書　【短期入所用】

リエゾン笠間

フリガナ 受診者氏名　　男 ・ 女	生年月日　　年　　月　　日　　歳
〒 受診者住所　　☏（　　）	
主病名 （発症時期）	既往歴 1、　　歳 2、　　歳 3、　　歳
障害の有無 視力障害：　有　・　無 聴力障害：　有　・　無 言語障害：　有　・　無 嚥下障害：　有　・　無 関節拘縮：　有　・　無 麻　　痺：　有　・　無（左・右・上肢・下肢） その他（　　）	身体状況 身長：　　cm　／　体重　　kg 血圧：（　　／　　） アレルギー：　有　・　無 褥瘡　　：　有　・　無 皮膚疾患　：　有　・　無 医療装置　：　有　・　無 □心臓ペースメーカー　　□人□肛門 □尿道バルーンカテーテル その他（　　）
検査所見 尿蛋白（　　）　尿糖（　　） 白血球　　Hb 総蛋白　　総コレステロール GOT　　GPT クレニアチン　　血清アルブミン 血糖 抗てんかん薬血中濃度（※内服者のみ） （薬品名：　　）	胸部X線 ① 異常なし ② 有所見 
感染症 皮膚疥癬　有　・　無 MRSA TPHA 法 HBs（抗原）　　（抗体） HCV（抗体）	心電図 ① 正常範囲 ② 有所見

現時点での短期入所事業施設におけるサービスの利用にあたって、特に問題がないことを認めます。

年　　月　　日

医療機関住所
電 話 番 号
名　　称　　医師名