

(標準様式)

## 健康診断書

(介護老人福祉施設用)

氏名・性別 (生年月日)	(男・女) (明治・大正・昭和 年 月 日生まれ)
住 所 (電話番号)	( ) -
既 往 歴	
主たる病名	
経過及び 診療状況	
感染症	1 結核症 [レントゲン所見] 有 ( ) 無 2 疥癬などの伝染性皮膚疾患 有 ( ) 無 3 その他
入所生活上 の留意事項	

以上のとおり診断します。

平成 年 月 日

医療機関住所

医療機関名

医師氏名