健　康　診　査　証　明　書

氏　　名		性別	男 ・ 女	生年月日	M･T･S　　年　　月　　日
住　　所					
既 往 症					
服　　薬	ある ・ なし	処方内容			
視 診 所 見					
聴 診 所 見	心音（　　）　不整脈（　　）　呼吸音（　　）				
栄 養 状 態	良 ・ 不良	肥満度	肥満していない ・ 軽度 ・ 中度 ・ 高度		
浮　　腫	眼瞼（－ ・ ± ・ ＋ ・　　）　下肢（－ ・ ± ・ ＋ ・　　）				
尿定性検査	蛋白（－ ・ ± ・ ＋ ・　　）　糖（－ ・ ± ・ ＋ ・　　） ウロビリノーゲン（－ ・ ± ・ ＋ ・　　）　潜血（－ ・ ＋）				
血圧測定検査	最大値（　　㎜／Hg）　最小値（　　㎜／Hg）				
伝染性疾患 結核	異常なし・異常あり（　　）				
伝染性疾患 肝炎 B型	s抗原 － ・ ＋　s が陽性の場合、e抗原、抗体及び肝機能について（　　）				
伝染性疾患 肝炎 C型	抗　体 － ・ ＋　（　　）				
伝染性疾患 梅毒	異常なし ・ 異常あり （　　）				
伝染性疾患 ＭＲＳＡ	陰性 ・ 陽性 （　　）				
伝染性疾患 その他感染の恐れのあるもの	所見なし ・ 所見あり （　　）				
伝染性疾患 ※ 罹患している際は（　　）内に所見又は検査結果等をご記入下さい。					
診 断 結 果	１要入院　　２要通院　　３入通院の必要なし				
医 師 意 見	老人ホームの生活	可能 ・ 不可能			
	入 浴 の 適 否	適 ・ 否 （　　）			

特記すべき事項　（老人ホームで生活する上で特に留意しなければならない点等がございましたらご記入ください。）

上記のとおり相違ないことを証明する。

平 成　　年　　月　　日　診査医師　住　所

氏　名　　印