

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 (mm/Hg) 最小値 (mm/Hg)							
伝染性疾患	結核	異常なし・異常あり ()						
	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 ()					
		C型	抗体 - ・ + ()					
	梅毒	異常なし・異常あり ()						
	MRSA	陰性・陽性 ()						
	その他感染の恐れのあるもの		所見なし・所見あり ()					
	※ 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	