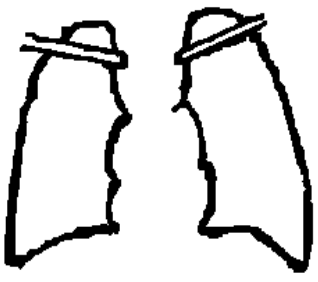


健 康 診 断 書				障害者支援施設 新光苑	
フリガナ 氏名				性別	男 ・ 女
生年月日	昭和・平成	年	月	日	歳
住所	〒		県		
現在の疾病	1		2		
	3		4		
症状及び 治療経過	身長			体重	
	血圧（脈拍）	／ （ ）		聴力	
	視力	右：		左：	
	アレルギー	無	有（薬物 （ ）（食物 （ ））		
	皮膚疾患	無	有（ （ ） ）		
	精神疾患	無	有（ （ ） ）		
	褥瘡	無	有（部位： （ ） 程度： （ ））		
	その他				
既往歴					
投薬状況 処方等 ※1					

※1 薬局で頂ける、お薬の説明書(写し)でも可能です。

裏面に続く →

胸部X線 所見 ※2		心電図 所見 ※2	
------------------	---	-----------------	--

血液検査 所見 ※3	総蛋白		総コレステロール		血糖	
	総ビリルビン		HDL コレステロール		CRP	
	GOT		中性脂肪		白血球数	
	GPT		尿酸		赤血球数	
	γ-GTP		尿素窒素		血色素量	
	CPK		クレアチニン		血小板数	
感染症	HBS抗体			HCV抗体		
	HBS抗原			梅毒		
尿検査	糖			蛋白		
	潜血			ウロビリノーゲン		
細菌培養検査	MRSA					
特記事項						

※2 検査困難な場合は、ご相談下さい。

※3 血液検査の結果(写し)でも可能です。

●この様式は基本的な健康診断書です。疾患に基づく検査データがありましたら添付して下さい。

上記の通り診断いたします。

令和 年 月 日

所在地

名称

医師名

印