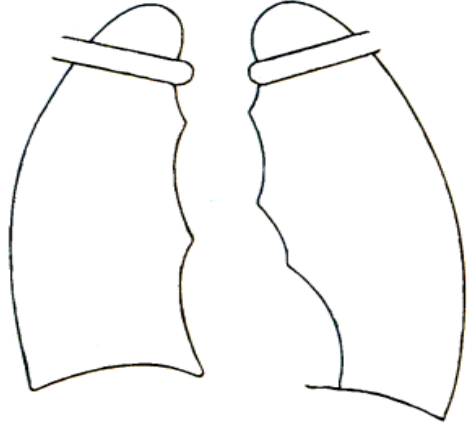


健康診断書

フリガナ		性別	生年月日
氏名		男・女	年 月 日
身長	cm	胸部X線検査	
体重	kg		
視力	右 ()		
	左 ()		
血圧	/		
血液型		撮影日	令和 年 月 日
疾病の有無		梅毒血清反応	所見
主な既往歴		B型肝炎	
		C型肝炎	
尿検査	蛋白	心電図所見	
	糖		
	潜血		
総合判定	施設入所についての所見		
上記のとおり診断します 令和 年 月 日 施設名 担当医			
