サービス付き高齢者向け住宅　緑陽館　入居審査用

# 健康診断書

| | | | |
|---|---|---|---|
| 氏名 | | 男・女 | 明・大・昭　　年　　月　　日 生 |
| 住所 | | | |

| | |
|---|---|
| 現症 | ①診断名及び発症年月日<br>1　　発症年月日　（　　年　　月　　日 ）<br>2　　（　　年　　月　　日 ）<br>3　　（　　年　　月　　日 ） |
| 既往歴 | ②病名<br>1　　発症年月日　（　　年　　月　　日 ）<br>2　　（　　年　　月　　日 ）<br>3　　（　　年　　月　　日 ） |

③◆介護に際して注意すべき感染症やアレルギーの有無

HBs抗原（＋・－・現在症状なく、検査不要）

HCV抗体（＋・－・現在症状なく、検査不要）

疥癬　（＋・－・現在症状なく、検査不要）

アレルギー　無　・　有　（　　）

その他　（　　）

④◆胸部X線（西暦　　・　　・　　撮影）

⑤服薬　　□無　　□有（禁忌

薬剤名：

◆介護に関して注意すべき特記事項（認知症の程度、精神神経症状の有無等）

西暦　　年　　月　　日

上記のとおり診断します。

住　　所

医療機関名

医　師　名　　印

なお、上記の診断は診察時の状況にもとづくものである。

有効期限：診察日より3カ月（症状に変化ない場合）