健　康　診　断　書

（　特別養護老人ホーム　入所用　）

住　　所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏　　名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

生年月日（大正・昭和）　　年　　月　　日

胸部聴打診

胸部 X 線所見

血液検査

① ワッセルマン反応　　T.P.H.A

② B 型肝炎　　抗原

抗体

③ C 型肝炎　　抗体

④ 血液型　　A・B・O 型

RH 式

MRSA 感染症の有無

輸血の有無

その他感染症

継続治療の要否

令和　　年　　月　　日

医療機関名

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

医師＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿印