

健康診断書

ふりがな		性別	男・女	健康診断実施日		
氏名		年齢		生年月日		
既往歴						
血圧						
胸部X線間接						
血液検査	* 血液検査票を裏面に添付下さい。					
疾患等の有無	結核性疾患	有・無	C型肝炎	有・無	皮膚疾患	有・無
	神経性疾患	有・無	B型肝炎	有・無	認知症	有・無
	メチシリン耐性黄色ブドウ球菌(MRSA)					有・無
入居に関する医師の意見						
健康診断の実施機関			意見を述べた医師名	㊞		