健 康 診 断 書

有料老人ホーム　カーサ・デ・ソル諏訪湖　宛　　令和　　年　　月　　日

氏名　　様	男 女	年　　月　　日生　　歳
住所		

【胸部Ｘ線】	【感染症の有無】
年　月　日 撮影（ 直 ・ 間 ） ＊心胸比、心エコー他検査に関する データ、又はコメント	肝炎ウィルス　HBS抗原（－・＋）治療 ・ 未 ・ 済
	HBS抗体（－・＋）治療 ・ 未 ・ 済
	ＨＣＶ（－・＋）治療 ・ 未 ・ 済
	疥　癬　（無・有）治療 ・ 未 ・ 済
	ＭＲＳＡ　（ ― ・ ＋ ）治療 ・ 未 ・ 済
	【アレルギー】
	食　品
	薬　品
	【その他】

栄養状態、貧血、心機能、腎機能・・・最新の採血結果の写しをお願いします。

【長谷川式認知症スケール】	【既往歴】
検 査 日　　・　　・	
点　数	
【現疾患】	
集団生活をする上での注意事項および禁忌など	

住　所

医　師　　㊞