

様式第2号（第4条関係）

健康診断書

氏名		男・女	生年月日	年 月 日 (歳)
住所	京丹波町			
主な感染症疾患の有無	病名	検査の有無	疾患の有無	レントゲン検査結果（可能な限り）
	結核	有・無	有・無	
	梅毒	有・無	有・無	
	疥癬	有・無	有・無	
	肝炎（B・C）	有・無	有・無	
	M R S A	有・無	有・無	
	その他 ()	有・無	有・無	
感染症の有無及び留意事項				
<p>現 症</p> <p>※治療中の病気と治療内容</p> <p>【注射投薬の処方箋】</p> <p>【食事提供時の留意点】</p> <p style="text-align: right;">血 圧 / mmHg</p>				

既往歴 (主なもの)			
□心疾患 () □骨折 () □脳血管障害 ()			
精神疾患	認知症・せんもう・幻覚・乱暴・不潔・破壊癖		
問題行動	徘徊癖・アルコール依存・精神的障害・性格の偏り		
視力	・普通 ・やや見にくい ・見えない	聴力	・普通・やや聞こえにくい・聞こえない
言語	・普通 ・やや不明瞭 ・不明瞭	四肢	・健全・障害あり ()
移送の可否	・可・否 (留意事項)	入浴の可否	・可・否 (留意事項)
所見			
上記のとおり診断します。			
年 月 日			
医療機関名			
住 所			
医師 氏名			㊞