健 康 診 断 書

氏　　名 (生年月日)	(明治・大正・昭和　　年　　月　　日生まれ)	性別	男・女
住　　所 (電話番号)	市・郡 (　　)　　-		
既　往　歴			
主たる病名			
経過及び 診療状況			
服薬内容			
感　染　症	1. 結核症 「レントゲン所見」　有 ・ 無 (　　) 2. 疥癬などの伝染性皮膚疾患　有 ・ 無 (　　) 3. B型・C型肝炎　MRSA　その他　有 ・ 無 (　　)		
サービス利用上の(入浴等)留意事項			

介護老人保健施設 ヒューマンライフ富士

以上のとおり診断します。

平成　　年　　月　　日

医療機関住所
医療機関名
医師氏名　　印