健康診断書

（北信広域連合施設用）

入所予定者氏名　　　　　　　　　　　　　性　別　　男　・　女

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　生年月日　明・大・昭　　年　　月　　日(　　　歳　　ヶ月)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 病　　名 | 発症年月日 | 病歴及び経過 |
|  |  |  |

|  |
| --- |
| 処方及び現在の治療・その他留意事項 |
|  |
| * 処方につきまして記入欄が不足する場合は裏面へ記入、又は貼付等お願いいたします。 |

|  |
| --- |
| 感　染　症 |
| １）結核症［レントゲン所見］撮影日：　　. 　　. 　　　有 （　　　　　　　　　　　　　）・　無  ２）ＨＢｓ抗原（ － ・ ＋ ）　　 ３）ＨＢｓ抗体（ － ・ ＋ ）　　４）ＨＣＶ抗体（ － ・ ＋ ）  ５）ＭＲＳＡ［鼻腔］（ － ・ ＋ ）　　６）ＴＰＨＡ 又は ＲＰＲ （ － ・ ＋ ）  ７）その他　便培養、耐性菌等の感染症の疑いのある場合  （　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |

|  |
| --- |
| 現在受けている特別な医療 |
| １）経管栄養（ 経鼻 ・ 胃瘻 ）　（ 注入食名 / kcal）  ２）酸素療法　　 ３）気管切開　　 ４）人工肛門  ５）留置カテーテル　　６）その他（　　　　　　　　　　　　　 ） |

以上のとおり診断します。

　令和　　　年　　　月　　　日

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　医療機関名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　医師氏名　　　　　　　　　　　　　　　　印

|  |
| --- |
| 処　方　内　容 |
|  |

貼付箇所：

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |