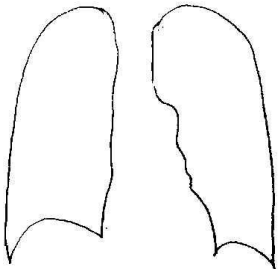


施設短期入所利用健康診断書

フリガナ		性別	生年月日
氏名			
住所			
電話			
既往歴			
現在治療中の病名又は病状			
血圧測定	/	胸部 X 線	
身長	cm		
体重	Kg		
		撮影日	平成 年 月 日
その他 特記すべき事項（疥癬、MRSA等があればご記入下さい。）			
上記の通り診断します。			
			平成 年 月 日
医師名			⑩

泉尾医療福祉センター

※もしあれば、最新データを添付して下さい。