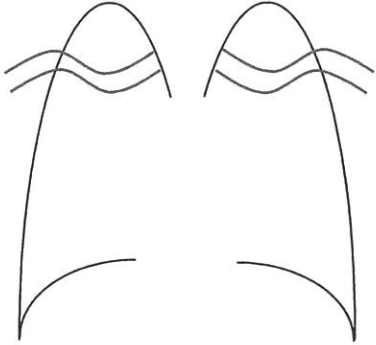


# ケアハウス エスペランザ

## 入居時健康診断

フリ ガナ 名 前		(男・女) 生年月日 明・大・昭 年 月 日 ( 歳)	
既往歴	四肢運動障害		
	認知症の有無		無 ・ 有〔軽・中・高〕 ( )
自覚症状	日常生活		① 要通院 (月 回) ② 通院の必要なし ③ その他
身長	cm	皮膚疾患	
体重	kg	HBs抗原	- ・ +
視力	右 左	+のとき抗体	- ・ +
血圧	mmHg ~ mmHg	HCV抗体	- ・ +
胸部レントゲン 検査	撮影 年 月 日		T P H A
			検 尿
			蛋白 ( ) 糖 ( ) ウロビリノーゲン ( ) 潜血 ( )
			その他疾患
		医師の指示	
レントゲン所見			備 考
上記の通り診断致します。		令和 年 月 日	
住所及び病院名		医師名	印