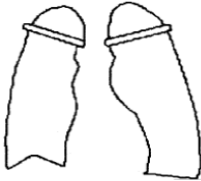


# 健康診断書

氏 名	(男・女)	生年月日	年 月 日( 才)
住 所			
病 名			
既往歴			
身 長	cm	体 重	kg
視 力	(右) ・ ( ・ ) (左) ・ ( ・ )	聴 力	(右) 正 ・ 難聴 (左) 正 ・ 難聴
栄 養	( ) 食 ( ) Kcal 主 ( ) 副 ( )		
嚥下・咀嚼	問題あり・問題なし		
言 語	正・失語症・構音障害		
感 染 症	HBs ( ) HCV ( ) ワ氏 ( ) ※すべてご記入ください		
血液検査	検査データを添付してください		
経過・所見			
心電図等その他診断事項	X 線 所 見	撮影	年 月 日
処方内容		直接・間接	

上記の通り診断する。 年 月 日

病院名

医師名

