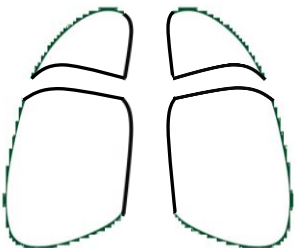


健康診断書

〔板橋区都市型軽費老人ホーム〕

住所	板橋区 町 丁目 番 号				
氏名			生年月日	T・S	年 月 日(歳)
体重	kg	身長	cm	視力	右 左
検尿			血圧		
X線所見	(10cm×10cm以上で直接撮影が望ましい)				
					
感染症	肝炎 梅毒 MRSA 疥癬 その他()				
既往症					
現在の病名 経過および 治療の概略					
処方					
使用している 医療器具					
身体上の 障がい					
<p>上記の状態なので、老人ホーム内の団体生活および日常生活に基だしい障がいを及ぼすことのないものと認めます。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: center;">診察機関 所在地 電 話 名 称 医師名</p>					