

生活管理指導短期宿泊事業

利用に関する健康診断書

年 月 日

住 所

医療機関

医師氏名

Ⓜ

受診者	氏名						男・女	年齢 歳				
	住所						生年月日	年 月 日				
身長	Cm	視 力	普通	聴 力	普通	言 葉	普通	※感染性疾患	その他欄に記入	精神障害	正 常 障害有り ()	
体重	Kg		弱視		やや難聴		少し不自由					
集団生活	可・否		全盲		難聴		不自由					
現在の 疾病	有 無	病 名										
		病 状										
既往 症	有 無	病 名										
		病 状										
その 他	伝染性 疾患	結 核	無・有 (病名・排菌等) レントゲン撮影日 平成 年 月 日									
		皮膚疾患	無・有 (病名等)									
		そ の 他	HBS 抗原()・HCV 抗体()・ATLA 抗体()・TPHA()									