

健康診断書 (施設入所時)

体温	°C
----	----

氏名 (フリガナ)	生年月日・年齢	身体測定
	年 月 日 歳 ヶ月	身長 cm 体重 kg
(住所) 〒		
検査項目		
胸部レントゲン	※胸部レントゲン撮影は聴診等の結果で必要が認められた場合実施してください。	
血液検査	1. 血液検査実施 2. 血液検査の必要なし ※血液検査は母子手帳等の記載から、母子感染等の可能性がある場合に実施してください。 上記1・2に○印を付けてください。	
血液型	A B O 式 () 型 R h 式 ()	
B 型肝炎	抗原 () 抗体 ()	
C 型肝炎	抗原 () 抗体 ()	
その他の血液検査		
検 尿	蛋白 () 糖 () その他 ()	
検 便	赤痢菌 () ・ サルモネラ菌 () ・ 腸管出血性大腸菌 () ※検便検査項目のサルモネラ属菌にはチフス、パラチフスを含め、腸管出血性大腸菌は O-157、O-26、O-111 とする。	
伝染性皮膚疾患		
特記事項		
総合所見	集団生活 (可 ・ 不可)	

上記のとおり診断いたします。

年 月 日

住 所 〒 -

医療機関

医師氏名