


健康診断証明書

社会福祉法人さくら会

氏名	様	性別	男・女	生年月日	M・T・S 年 月 日生	
住所					年齢 歳	
疾患名				投薬		
及び既往歴 現症						
身長 cm	体重 kg	認知症：無・有（脳血管性・アルツハイマー・その他） 症状：				
血压	/	尿	蛋白質（ ）	糖（ ）	潜血（ ）	
検査成績	胸部 x-p 所見	撮影日 平成 年 月 日 			心電図 所見	検査日 平成 年 月 日
	血液検査	白血球：	T・P：	BUN：	Cl：	
		赤血球：	アルブミン：	クレアチニン：	Fe：	
		血色素：	GOT：	尿酸：	血糖：	
		血小板：	GPT：	Na：	HbA1c：	
		血液型：	γ-GTP：	K：	※ 採血データ添付時は記載不要	
感染症	HBs（陰性・陽性）	HCV（陰性・陽性）			皮膚疾患： 有・無	
	MRSA（-・+・++）部位：				病名：	
	その他の感染：				褥瘡：有・無 部位：	
食事	普通食 ・ 療養食 []					
入浴の適否： 適・否（ ）			集団生活： 適 ・ 否			
留意事項：						
上記の通り相違ないことを証明する。 平成 年 月 日 医療機関 所在地 名称 医師						