


氏名				性別	男・女	生年月日	大・昭 年 月 日
住所							
身長	cm	体重	kg				
胸部 所見	異常 無・有 胸部X線 令和 年 月 日撮影 直接・間接  ※X線撮影困難な方は喀痰検査をお願いします。						
既往歴							
現在治療中の病名							
その治療及び投薬							
該当の番号に○を付してください 1 健康 2 投薬の必要 3 治療の必要なし 4 通院治療が必要				入浴の注意事項		入浴 適・否 (血圧等、入浴の際に注意すべき事項を記入してください。)	
健康診断所見及び特記事項 (異常ありの場合は、集団生活で配慮する点などを記入してください。)							
上記のとおり診断します。 令和 年 月 日 所在地 医療機関名 担当医師名							

印

(注) (1) 過去2ヶ月以内であればデータ値について再度の必要はありません。
 (2) 疥癬、緑膿菌は視診でかまいません。