



健康診断書（西春日井福祉会用）

継続利用時

氏名			生年月日	年 月 日	
身長	cm	体重	kg	性別	男・女
既往歴 〔疾病名と罹患時期〕			胸部 X線	異常…無・有（ ） 撮影…直接・間接 令和 年 月 日	
治療中の疾病				 <p>※X線撮影困難な方は、喀痰検査をお願いします。</p>	
服薬内容			適 ・ 要観察 ・ 不可 （注意事項： ）		
以上の事項から判断する、福祉施設利用の可否及び特記事項等					
判定	特に問題なし ・ 下記の事項に注意して利用可能 ・ 利用は困難である				
特記事項	※福祉施設での集団生活にあたり、感染・心身の状況等において注意すべき事項があればご記入ください。				
上記のとおり診断します。					
令和 年 月 日					
医療機関所在地 医療機関名 担当医師氏名					
					

※ 過去1年以内に指定項目の検査が行われている場合には、その内容を把握できる書類の提出があれば、検査の実施を省いて良いものとします。