


健康診断書（西春日井福祉会）

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 		感染症	MRSA（検査中・+・-） ・採取部（鼻腔・咽頭） 疥癬（ ） 緑膿菌（有・無） ・検出部（ ） HB抗原（ ） HCV（ ） 梅毒反応（ ）	
※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。