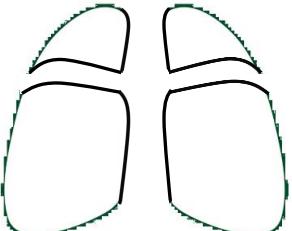


健 康 診 断 書

〔板橋区都市型軽費老人ホーム〕

住 所	板橋区 町 丁目 番 号				
氏 名				生年月日	T・S 年 月 日(歳)
体 重	kg	身 長	cm	視 力	右 左
検 尿				血 壓	
X線所見	(10cm×10cm以上で直接撮影が望ましい) 				
感染症	肝炎	梅毒	MRSA	疥癬	その他()
既往症					
現在の病名 経過および 治療の概略					
処 方					
使用している 医療器具					
身体上の 障がい					
上記の状態なので、老人ホーム内の団体生活および日常生活に甚だしい障がいを 及ぼすことのないものと認めます。					
令和 年 月 日 診察機関 所在地 電 話 名 称 医師名					