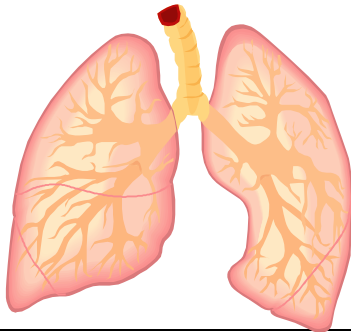


健康診断書

氏 名		性 別	生 年 月 日		年 齢
			M T S 年 月 日		満 歳
現住所					
既往症					
現往症					
血 圧	最 高	mmHg	脈	整	P 脈拍数/分
	最 低	mmHg		不 整	
尿					
機能障害の有無		有 () 無			
施設入居に対する医師の所見	1 自分で十分にホームでの日常生活を行える		肺 (X線)		
	2 日常生活に少し不便を感じる				
	3 集団の日常生活には不適當である			所見	
身長: cm		体重: kg			
上記のとおり診断しました。 年 月 日 住 所 医師氏名					