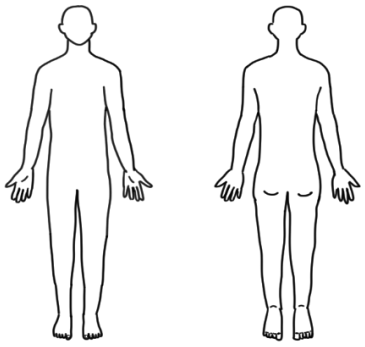
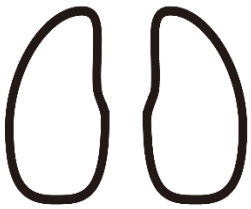
入居申込時健康診断書 (有)ケアスタッフ

ふりがな： 利用者氏名：		生年月日 明・大・昭　　年　　月　　日（　　歳）	
認知度	Ⅰ・Ⅱa・Ⅱb・Ⅲa・Ⅲb・Ⅳ・M	自立度	J1・J2・A1・A2・B1・B2・C1・C2
主傷病名		既往歴	
現病歴・治療の状況			
感染症 HBs（＋・－）HCV（＋・－）MRSA（＋ 部位：　　・－）梅毒（＋・－）疥癬（あり・なし） 肺結核 胸部X線（　　年　　月）所見（あり・なし）喀痰（＋・－） その他（疾患名：　　）			
身体所見 ①麻痺 ②拘縮 ③褥瘡 ④皮膚トラブル  手術創・人工肛門などの記入もお願いします。		胸部X線所見　撮影日：　　年　　月 異常所見（あり・なし）  コメント： 心電図所見　検査日：　　年　　月 異常所見（あり・なし） ※所見ありの場合心電図コピーの添付をお願いします。	
備考欄			

上記の通り診断する。　　年　　月　　日　本診断書は3ヶ月以内に基づきます。

医療機関名・診療科：

医療機関所在地：

TEL/FAX

医師名：　　印

※内服薬は薬品情報もしくはお薬手帳の**コピー添付**をお願いいたします。

※必要に応じて血液検査結果、画像診断等の添付をお願いします。