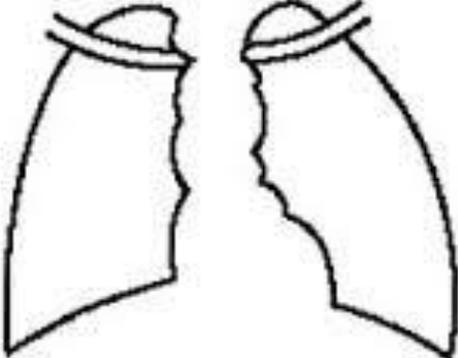


健康診断書

住所					
名前					
生年月日	大正 昭和	年	月	日生	性別 男・女
身長		体重		血圧	
	cm		kg		mmHg
胸部X線 検査	間接・直接 令和 年 月 日撮影 所見 				
総合所見	※感染症の有無について判明していたらお知らせください。 感染症 無・有 ()				
上記のとおり診断します。 令和 年 月 日 医療機関名 所在地 医師氏名 印					

※3ヶ月以内のデータの記載をお願いします

生駒市介護老人保健施設 やすらぎの杜 優楽