

様式第8号

健康診断書(ふれあいデイサービス)

氏名	(フリガナ)	男・女	大正 昭和	年	月	日生
住所	〒 電話番号 - - 岡崎市					
検査項目	検査内容等					
身長	cm	/				
体重	kg					
血圧	mmHg					
視力	普通 ・ やや見にくい ・ 人や物の動きがわかる ・ ほとんど見えない					
聴力	普通 ・ やっと聞こえる ・ 大声で聞こえる ・ ほとんど聞こえない					
伝染性疾患	結核	所見	胸部X線像(直・間)			
四肢の 運動機能障害						
既往歴						
現在治療中の 疾患						

上記のとおり診断する。

令和 年 月 日

住所 _____

医療機関名 _____

医師氏名 _____