

健康診断書

氏名		男・女	大正・昭和	年	月	日
住所						
現 症 状	傷病名					
	症状の概要					
伝 染 症 疾 患	胸部レントゲン					
	その他					
精神の状況						
四肢の状況						
運動の可否						
可 (注意事項) ・ 否						
食事制限の有無						
有 (注意事項) ・ 無						
日常生活の 注意事項						
上記のとおり診断します。						
令和 年 月 日						
住所						
医療機関						
医師 印						
※医師 (法人の場合は代表者) 本人が自署しない場合は、記名押印をお願いします。						

この診断書は生活支援ハウス入所のために使用するものです。