

健康診断書

氏名	フリガナ	男・女	住 所	〒	
	M・T・S 年 月 日生 満 歳			電話 ()	
既往歴					
現在治療中の疾病	現在治療中の疾病 1) _____ 4) _____ 7) _____ 2) _____ 5) _____ 8) _____ 3) _____ 6) _____ 9) _____				
服薬の状況	服薬の状況 1) _____ 4) _____ 7) _____ 10) _____ 2) _____ 5) _____ 8) _____ 11) _____ 3) _____ 6) _____ 9) _____ 12) _____				
現 在 の 健 康 状 態	胸部X線所見	異常なし・あり ()		心電図所見 ()	
	循環器系疾患	無・有 ()			
	消化器系疾患	無・有 ()			
	皮膚疾患	無・有 ()			
	精神疾患	無・有 ()			
	身長／体重	身長	cm	体重	kg
	血 圧	/ mmHg		脈拍 :	
	血 液	白血球 ()	赤血球 ()	血色素 ()	
		クレアチニン ()	血糖 ()	尿酸 ()	
		コレステロール ()	ヘマトクリット ()		
		ヘモグロビンA1C ()		アルブミン ()	
	肝 機 能	GOT ()	GPT ()	LDH ()	CK ()
	尿 検 査	蛋白 () 糖 () 潜血 ()			
栄養状態	良 ・ 可 ・ 不可				
特記事項 使用医療器具 (カテーテルなど)					
認知症高齢者の 日常生活自立度 <small>※必ずご記入をお願いします</small>	該当するものに○印 (I II IIIa IIIb IV M) 非該当				
感 染 症 及 び 伝 染 性 疾 患	結核性所見	無・有 ()			
	B型肝炎	無・有 ()			
	C型肝炎	無・有 ()			
	梅 毒	無・有 ()			
	疥 癬	無・有 ()			
	MRSA	無・有 ()			
特記事項					
入所にあたっての 所見					
上記のとおり診断します。 年 月 日 所 在 地 医 療 機 関 の 名 称 医 師 名					
				印	