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)	_____	
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 ()			
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 ()				
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。 ※内服している薬剤等がある場合は、処方箋のコピーもしくはお薬手帳のコピーの添付をお願いいたします 年 月 日 所 在 地 医 療 機 関 の 名 称 医 師 名 印						