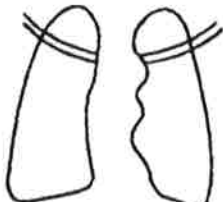


健康診断書

社会福祉法人 恵正福祉会
介護老人保健施設 恵の杜

(注) この様式は、基本的な健康診断書です。疾患に基づき検査データがありましたら添付してください。

フリガナ		男・女	生年月日	明治 大正 昭和	年 月 日 (歳)
氏名					
住所			電話番号	() -	
病名			既往歴		
症状経過			処方内容		
身長	cm	体重	kg		
血圧測定	~ mmHg	脈拍	回 / 分		
検査項目	検査結果			胸部レントゲン 【撮影日 平成 年 月 日】	
尿検査	たん白	-	±	+	医師所見 
	糖	-	±	+	
	潜血	-	±	+	
感染症	HBs	抗原 () 抗体 ()			
	HCV	抗体 - +			
	疥癬	- + 部位 ()			
皮膚疾患	無 ・ 有 ()			異常あり ・ 異常なし	
アレルギー (薬・食物)	無 ・ 有 ()			結核の既往	無 ・ 有 (歳)
麻痺	無 ・ 有 ()			視力障害	無 ・ 有 ()
拘縮	無 ・ 有 ()			聴力障害	無 ・ 有 ()
				言語障害	無 ・ 有 ()

特記事項

※現在治療中の場合は、必要に応じて意見書 (様式自由) を添付して下さい。

上記のとおり診断します。

平成 年 月 日

所在地

医療機関名

医師氏名

印

「検査データ」の提供についてのご案内

1. 下記の項目について、情報提供ください。
 2. 心疾患、高血圧があり、心電図のデータがあれば、コピーを添付してください。
 3. その他の項目については、データがあれば、情報提供ください。
- ※ 必要な項目についての情報提供がない場合には、入所可否の検討を行うことができませんので、漏れのないように情報提供ください。

フリガナ 氏名	検査 実施日	平成 年 月 日
肝機能	GOT	
	GPT	
	LDH	
	総ビリルビン	
腎機能	クレアチニン	
	尿素窒素	
	Na (ナトリウム)	
	K (カリウム)	
	Cl (クロール)	
末血	赤血球数	
	ヘモグロビン	
	ヘマトクリット	
	血小板数	
	白血球	
糖尿	血糖	食後 時間
	グリコヘモグロビンA1C	
栄養状態	アルブミン	
	TP	
	総コレステロール	
感染症	ワッセルマン	- +
	CRP (定量)	
	MRSA	- + 部位 ()
	その他()	