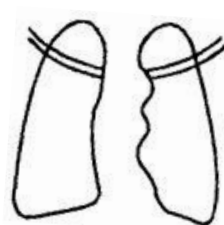


健康診断書

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。疾患に基づく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	生年月日	明治		
氏名				女		大正	年	月
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 令和 年 月 日】				
尿検査	たん白	-	±	+	医師所見 			
	糖	-	±	+				
	潜血	-	±	+				
感染症	HBs	抗原 ()		抗体 ()		異常あり ・ 異常なし		
	HCV	抗体		-	+			
	疥癬	-	+	部位 ()				
皮膚疾患	無 ・ 有 ()			結核の既往	無 ・ 有 (歳)			
アレルギー (薬・食物)	無 ・ 有 ()			視力障害	無 ・ 有 ()			
麻痺	無 ・ 有 ()			聴力障害	無 ・ 有 ()			
拘縮	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。

令和

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		検査 実施日	令和 年 月 日
氏名			
肝機能	G O T		
	G P T		
	L D H		
	総ビリルビン		
腎機能	クレアチニン		
	尿素窒素		
	N a (ナトリウム)		
	K (カリウム)		
	C I (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()		