

健康診断書

フリガナ				性別	生年月日				年齢				
名 前				男・女	M・T・S 年 月 日				歳				
身長	cm (測定日 年 月 日)			感染症	結核既往 (有 ・ 無)								
体重	kg (測定日 年 月 日)				B型肝炎HBs抗原 (陽性 ・ 陰性)								
血圧	／ mmHg				C型肝炎HCV抗体 (陽性 ・ 陰性)								
脈拍	回／分 正常・異常 ()				MRSA (+ ・ -)								
胸部XP	正常 ・ 異常 ()				梅毒 (陽性 ・ 陰性)								
心電図	正常 ・ 異常 ()				疥癬 (有 ・ 無)								
尿検一般	糖		mg/日以下	既往歴									
	蛋白		mg/日以下										
	潜血		±										
	ケトン		±										
血液検査	白血球		/ul										
	赤血球		/ul										
	CRP		mg/dl										
	ヘマトクリット		%										
	ヘモグロビン		g/dl										
	γ-GTP		U/L	現病歴									
	GOT		KU/l										
	GPT		KU/l										
	HbA1c		%										
	血糖		mg/dl										
	尿素窒素		mg/dl	認知症の有無									
	クレアチニン		mg/dl										
	TP		g/dl										
	アルブミン		g/dl										
	血液型		Rh(+・-)										
	総合所見	認知症高齢者の日常生活自立度		自立 I IIa IIb IIIa IIIb IV M									
障害高齢者の日常生活自立度		自立 J1 J2 A1 A2 B1 B2 C1 C2											
入居に際しての諸注意をご記入下さい。 (内服薬・栄養状態・生活に関して記載して下さい。内服薬に関しては、お薬手帳でも結構です)													
病院名					診断書記入日 令和 年 月 日								
所在地													
連絡先													
					担当医師 印								

※検査項目と内容を網羅するものであればこの帳票に限らない。 地域密着型特別養護老人ホーム おたっしや倶楽部