

健康診断書

ふりがな				T S			
氏名				年 月 日 生 歳	男 女		
住所	〒 ー TEL () ー						
主病名 及び 合併症				発症日			
現病歴 治療経過							
既往歴	発症	病名	病院名	治療内容			
血液・生化学 検査等	検査日		年	月	日		
	白血球	/mm ³	GOT	IU/ℓ	クレアチン	mg/dℓ	
	赤血球	万/mm ³	GPT	IU/ℓ	CRP	mg/dℓ	
	ヘモグロビン	g/dℓ	ALP	IU/ℓ	LDL又はTC	mg/dℓ	
	ヘマトクリット	%	Na	mEq/ℓ	HDL	mg/dℓ	
	血小板	万/mm ³	K	mEq/ℓ	中性脂肪	mg/dℓ	
	TP	g/dℓ	BUN	mg/dℓ	血糖	mg/dℓ	
	アルブミン	%	感染症 (なし・あり)		HbA1C	%	
麻痺	あり【上肢 (右・左) 下肢 (右・左)】			なし			
聴力	正常	やや難聴	難聴				
視力	正常	少し不自由	不自由				
排尿状況	正常	頻尿	失禁 (おむつ使用・カテーテル使用)				
認知症状	正常	境界	軽度	中等度	高度	非常に高度	

(オモテ)

感染症	梅毒血清反応	方法 (- +)	胸部X線写真		
	HBs抗原	(- +)			
	HCV抗体	(- +)			
	結核既往	なし あり (年頃)	令和 年 月 日 撮影		
	感染性皮膚疾患	なし あり (病名)			
	肺炎球菌ワクチン	なし あり (接種年月日)			
一般検査	血液型	A B O AB	RH (- +)		
	血圧	/ mmHg	脈拍	/分 (整・不整)	
	栄養状態	るい瘦 (なし あり)			
		身長	cm	体重	kg
	浮腫	なし あり (部位)			
	尿検査	異常なし あり ()			
	心電図所見	異常なし あり ()			
医師の所見	<input type="checkbox"/> 病状は安定していて老人ホームの入居に適している。		<input type="checkbox"/> 病状は安定しているが、下記に注意して介護する必要がある。 骨折 転倒 褥創 誤嚥性肺炎 脱水 血圧 易感染 腸閉塞 その他 ()		
	処方内容				
他科受診 / なし あり ()					
令和 年 月 日 住 所 医療機関名 担当科名 医 師					

印

※これは介護付有料老人ホームの入居申込に添付する診断書です。

内容がほぼ合致する場合には、他の様式でも構いません。

生化学検査、血球計数検査などの血液データのコピーの添付もお願い致します。

検査できない項目については理由を記入ください。

(ウラ)