

健康診断書

介護老人保健施設 宮沢の里はなもも苑 提出用

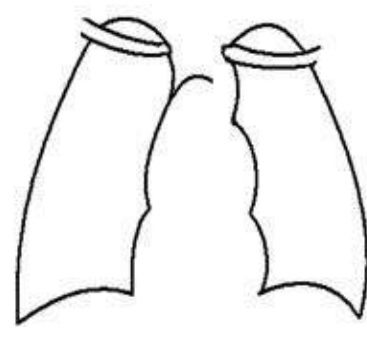
| | | | | |
|------------|---|--------|--------------------|-------|
| フリガナ 氏名 | | 男 女 | 生年月日 年 月 日 (歳) | 大正・昭和 |
| 住所 | TEL - - | | | |

| | | | |
|----|--|-----|--|
| 病名 | | 既往歴 | |
|----|--|-----|--|

| | | | |
|------|--|------|--|
| 症状経過 | | 処方内容 | |
|------|--|------|--|

(身長: cm) (体重: kg) (血圧: / mmHg) (脈拍: 回/分)

| | |
|--------------------------|-----------------------------|
| 検査所見【検査日 年 月 日】 | 胸部レントゲン【撮影日 年 月 日】 |
|--------------------------|-----------------------------|

| | | | | | | |
|-------------|-------|-------------------|-----|---------|--|---|
| 尿 | 蛋白 | - ± + ++ +++ | 血算 | 赤血球 | |  <p style="font-size: small;"> <input type="checkbox"/> 異常認めず <input type="checkbox"/> 所見あり() <input type="checkbox"/> 治療不要 <input type="checkbox"/> 要経過観察 <input type="checkbox"/> 要治療 <input type="checkbox"/> 要再検査(か月後) </p> |
| | 糖 | - ± + ++ +++ | | 白血球 | | |
| | 潜血 | - ± + ++ +++ | | 血小板 | | |
| 感染症 | H B s | 抗原() 抗体() | 生化学 | ヘモグロビン | | |
| | H C V | 抗体 - + | | ヘマトクリット | | |
| | 疥癬 | - + 部位() | | G O T | | |
| 皮膚疾患(含褥瘡) | | 無・有() | | G P T | | |
| 眼科疾患 | | 無・有() | | クレアチニン | | |
| 視力障害 | | 無・有() | | L D H | | |
| 聴力障害 | | 無・有() | | 血糖 | | |
| アレルギー(食物・薬) | | 無・有() | | 尿素窒素 | | |
| 麻痺 | | 無・有() | | A L B | | |

| | |
|------|--------------|
| 特記事項 | 心電図所見(3か月以内) |
|------|--------------|

※ この他に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。

上記のとおり、診断いたします。

年 月 日

医療機関名
所在地

医師氏名

印