

## 介護老人保健施設 エスポワール練馬 健康診断書

ふりがな		性別		明治・大正・昭和		感染性疾患	結核	検査日	. . . (- . +)	HCV抗体	検査日	. . . (- . +)
氏名		男 女		年 月 日生( 歳)			梅毒	検査日	. . . (- . +)	MRSA	検査日	. . . (- . +)
住所				電話 ( )			HBs抗原	検査日	. . . (- . +)	疥癬	検査日	. . . (- . +)
全身状態		身長	cm	体重	kg	BMI						
主病名				発症日		高次脳機能障害 (失語症含む) 所見		(有・無)		皮膚所見 (褥瘡・湿疹等)		
既往歴						言語障害所見				聴力障害所見		
脈拍		回 整・不整		血圧						視力障害所見		
胸部レントゲン所見 (検査施行日H . . .)		異常あり・異常なし		特記事項		精神状態所見		(慢性中毒症状・精神症状・睡眠障害・問題行動等ありましたらご記入ください。)				
心電図所見 (検査施行日H . . .)		異常あり・異常なし ※異常のある場合はコピーの添付をお願いします。		特記事項		認知症の有無 (無・有) 有の場合の日常生活自立度		□自立 □I □IIa □IIb □IIIa □IIIb □IV □M				
血算 (検査施行日) H . . .	白血球		生化学 (検査施行日) H . . .	肝機能	GOT		現在の投薬状況					
	赤血球				GPT							
	ヘモグロビン				総コレステロール							
	ヘマトクリット				中性脂肪							
	血小板				HDL-Cho							
尿検査 (検査施行日) H . . .	蛋白		腎機能	BUN		上記のとおり診断いたします。  平成 年 月 日  所在地 医療機関名 医師 (印)						
	糖			クレアチニン								
	ウロビリノーゲン			アルブミン								
	ビリルビン			Na								
	潜血			Cl								
血糖 (随時)	空腹時又は h後 検査日 . . .	HbA1c		(糖尿病の方のみ)								

**※検査については全項目記入、3ヶ月以内の検査結果、所見をお願いします。**