

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		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		視力障害所見				
脈拍		回 整・不整		血圧		(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。)				
胸部レントゲン所見		異常あり・異常なし		特記事項		精神状態所見				
検査施行日										
心電図所見		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		現在の投薬状況				
検査施行日										
血算	白血球	生化学		肝機能	GOT	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				
	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	蛋白	腎機能		BUN	上記のとおり診断いたします。 年 月 日					
	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	HbA1C (糖尿病の方のみ)		所在地 医療機関 医師 (印)						
検査日										

※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。