

健康診断書

介護老人保健施設 えきさい大阪

氏名 (フリガナ)	()	男・女	明大昭	年	月	日生 () 歳
住所	〒 — 電話番号 —					
既往症 (特に結核等感染症について確認をお願いします)			アレルギー薬剤過敏等	他科受診	有・無	
診断名			科			
1 .			発症年月日 (年 月 日頃)			
2 .			発症年月日 (年 月 日頃)			
3 .			発症年月日 (年 月 日頃)			
4 .			発症年月日 (年 月 日頃)			
5 .			発症年月日 (年 月 日頃)			
現病歴						
治療内容 (内服薬 ・ 外用 ・ 点眼 ・ 注射 ・ 処置等)						
治療食	有 () ・ 無					
認知 (問題行動)	有・無	(内容)				
褥瘡	有・無	(部位・程度・治療内容等)				
皮膚疾患	有・無	(病名・部位・程度・治療内容等)				
留意事項 禁忌事項						
上記の通り診断します。				年	月	日
医療機関名 (老人保健施設名)						
住所						
電話				FAX		
医師氏名						

※ この診断書は病状に変化がなければ、概ね6ヶ月間有効とします。

※ 裏面に検査データの記入欄がございます。

検査年月日(年 月 日)

血液検査

RBC	×10 ⁴
Hb	g/dℓ
Ht	%
MCV	μ ³
MCH	Pg
MCHC	%
血小板	×10 ⁴
WBC	×10 ²

生化学検査

TP	g/dℓ
Alb	g/dℓ
A/G	
T.Bil	mg/dℓ
AST(GOT)	IU/ℓ
ALT(GPT)	IU/ℓ
ALP	IU/ℓ
γ-GTP	IU/ℓ
LDH	IU/ℓ
ChE	IU/ℓ
BUN	mg/dℓ
Cre	mg/dℓ
Na	mEq/ℓ
K	mEq/ℓ
Cl	mEq/ℓ
T.Cho	mg/dℓ
血糖	mg/dℓ
CRP	()
Hb-Alc	

身長	cm
体重	kg
血圧	/ mmHg

尿検査

蛋白	()
糖	()
ウロビリノーゲン	()
ケトン体	()
ビリルビン	()
潜血	()
PH	

感染症検査

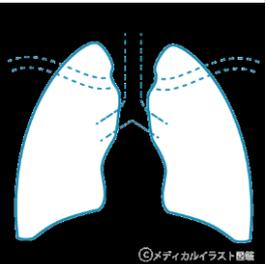
(検査年月日: 年 月 日)

HBs抗原	()
HCV抗体	()
梅毒	TPHA()
MRSA	
疥癬	有・無

※

※糖尿病の場合

胸部X線検査

検査年月日	年 月 日
<input type="checkbox"/> 異常無	
<input type="checkbox"/> 所見	
	

心電図

検査年月日	年 月 日
所見	

超音波、CT、MRI等の画像診断検査結果がございましたら、ご記入下さい。

	検査年月日	年 月 日
	部位・所見	

その他検査データがあればご記入ください。

--

検査結果は6ヵ月以内のものを記載してください。