

入所用 **介護老人保健施設 サンセール市川** **健康診断書** (病院・医院記入作成書類です)

ふりがな		性別	明治・大正・昭和		感染症 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	高次脳機能障害 (失語症含む) 所見	(有・無)	
主病名		発症日				皮膚所見 (褥創・湿疹)	
既往歴						聴力障害所見	
脈拍	回	整・不整	血圧			言語障害所見	視力障害所見
胸部レントゲン所見 (検査日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・認知症周辺行動等ありましたらご記入ください。)	
心電図所見 (検査日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			現在の投薬 状況	認知症の有無 (有・無 HDS-R 点) 有の場合の日常生活自立度 : 自立・I・IIa・IIb・IIIa・IIIb・IV・M
血算 (検査日) H . . .	白血球		生 化 学	AST(GOT)			
	赤血球			ALT(GPT)			
ヘモグロビン		血小板		総コレステロール			
	ヘマトクリット				中性脂肪		
				HDL-Cho			
尿 検 査 (検査日) H . . .	蛋白			BUN			
	糖		クレアチニン				
	ウロビリノーゲン		TP				
	ビリルビン		アルブミン				
血糖 (随時)	空腹時		(検査日) H . . .	Na		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)	
				Cl			
			(検査日) H . . .	K			
			HbA 1C	(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。