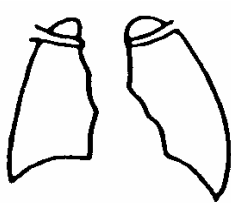


健康診断書

フリガナ 氏名	(男・女)	生年 月日	M・T・S	年 月 日	(歳)
住所		TEL	()		
現在治療中の疾患名		(発病年月日)			
1		(S・H 年 月 日)			
2		(S・H 年 月 日)			
3		(S・H 年 月 日)			
日常生活自立度(寝たきり度)		(ランク J ₁ J ₂ A ₁ A ₂ B ₁ B ₂ C ₁ C ₂)			
痴呆性老人の日常生活自立度		(ランク a b a b M)			
既往歴		現病の経過			
現在の処方・処置		その他現病の注意事項			
以下の検査は、3ヶ月以内のものであれば既存のデータで結構です。(検査日 年 月 日)					
身長	cm	血压	胸部 X 線所見		心電図所見
体重	kg	/	特記事項		
血液検査		感染症		 撮影 年 月 日	
WBC ()		HBs 抗原 (-・+)			
RBC ()		HCV 抗体 (-・+)			
Hb ()		MRSA (-・+)			
Ht ()		(鼻腔・咽頭・褥瘡)			
TP ()		梅毒検査 (-・+)			
GOT ()		(TPHA・ガラス板)			
GPT ()		皮膚感染症(疥癬等)			
血糖 ()		(-・+)			
尿検査		その他		現症	
糖 ()				痴呆 (無・有 脳血管性・アルツハイマー型)	
蛋白 ()				意志の疎通 (可・不可)	
潜血 ()				運動麻痺 (無・有 部位:)	
ウロビリ ()				歩行 (独歩・有杖・車椅子・寝たきり・その他)	
				褥瘡 (無・有 部位:)	
				カテーテル (無・有 部位:)	
				薬物アレルギー (無・有 薬剤名:)	
				入浴の可否 (可・不可)	
上記の通り診断いたします。					
平成 年 月 日		医療機関名称			
		所在地・電話番号			
		医師名			
		印			

