

健康診断書

介護老人保健施設 かまくら

フリガナ		男・女	生年月日: 明治・大正・昭和 年 月 日 (歳)
氏名 殿			
住所	〒		電話番号 ()

①	診断名	発症日	④	診断名	発症日
		昭和・平成・令和 年 月 日			昭和・平成・令和 年 月 日
		昭和・平成・令和 年 月 日			昭和・平成・令和 年 月 日
		昭和・平成・令和 年 月 日			昭和・平成・令和 年 月 日

症状経過	既往歴	処方内容

皮膚疾患(褥瘡含む)	言語障害
麻痺	視力障害
薬物・食物アレルギー	聴力傷害
結核の既往	嚥下障害

栄養摂取: 自立 一部介助 全介助 胃瘻 鼻腔チューブ

(身長 cm) (体重 kg) 血圧(/) (不整脈 無 有:)

感染症: MRSA() 部位() HBs抗原() HCV抗体()
梅毒反応 凝集法() TPHA() 疥癬() その他()

検査成績 (検査日 年 月 日) WBC() RBC() Hb() Ht() Plt() GOT() GPT() LDH() TP() Alb() BUN() Cr() Na() K() Cl() Ca() CRP() FBS() HbA1c()	胸部レントゲン(検査日 年 月 日) 所見:
---	----------------------------

※高脂血症の場合は以下のデータ必須。
HDL() LDL() 中性脂肪()

尿検: 蛋白(- ± +) 糖(- ± +) 潜血(- ± +) 特記事項	心電図 (検査日 年 月 日) 所見: (註: 最近の検査データを添付又は、ご記入 お願いします。できましたら1ヶ月以内)
--	---

精神・認知症状: 無 有 幻覚・幻聴 妄想 昼夜逆転 暴言 暴行 介護への抵抗
徘徊 不潔行動 異食行動 性的問題行動 その他()

年 月 日

医療機関名
所在地
医師氏名

印