

健康診断書

ケアハウス こすもびあ

氏名			男・女	(明治・大正・昭和) 年 月 日生 (歳)	
住所	〒				
現病名	①	年 月 日	既往歴	①	年 月 日
	②	年 月 日		②	年 月 日
	③	年 月 日		③	年 月 日
	④	年 月 日		④	年 月 日
	⑤	年 月 日		⑤	年 月 日
症状・経過					
投薬					
運動障害		ADL			
認知症	無 ・ 有 (軽 ・ 中 ・ 重)		問題行動	無 ・ 有 徘徊・奇声・異食・不穏・妄想・昼夜逆転・その他	
皮膚疾患	疥癬 (- ・ +) 褥瘡 (- ・ +) その他		アレルギー	無 ・ 有	

<検査>

血液学	白血球	生化学	GOT	心電図	所見
	赤血球		GPT		
	Hb		BUN		
	Ht		クレアチニン		
	血小板		UA		
	検査日 年 月 日		総コレステ		
感染症	HBs抗原 (- ・ +)		アルブミン	胸部X線	所見
	HBs抗体 (- ・ +)		血清蛋白		
	HCV抗体 (- ・ +)		Na		
	TPHA (- ・ +)		K		
		検査日 年 月 日	血糖		
	MRSA (- ・ +)		CRP		
	鼻腔・喀痰・ ()		検査日 年 月 日		
	検査日 年 月 日	尿検査			
結核 (- ・ +)		糖			
X線にて 喀痰・ ()		蛋白			
代用可 検査日 年 月 日		潜血			
	検査日 年 月 日		検査日 年 月 日		検査日 年 月 日

血液検査はデータ添付でも可。尚、検査データは直近3ヶ月以内のものをお願い致します。
(※ 検査は全項目必須とさせて頂いております。)

令和 年 月 日 医療機関名
所在地
担当医師
TEL

印