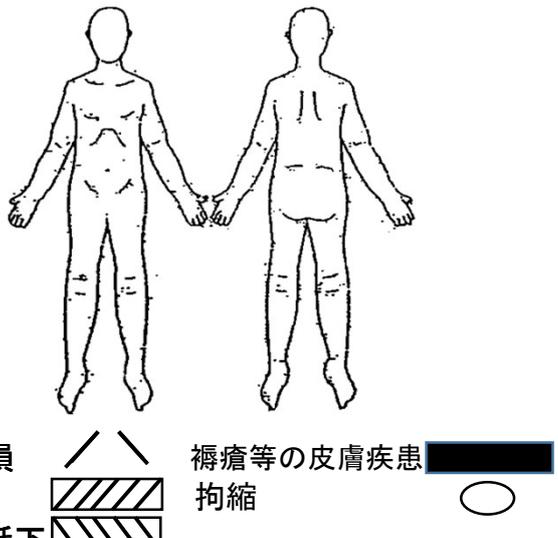
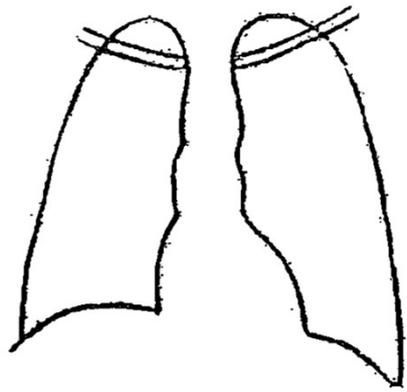


健康診断書

氏名	フリガナ	男・女	生年月日		
			明・大・昭	年	月
			年齢 歳		
現住所	〒				
	Tel () -				
既往症及び発症の年月日					
入院の経緯					
理学的所見					
身長	cm	体重	kg	血圧	/
視力	良 ・ やや不良 ・ 不良		皮膚病	無 有 (疥癬 - ・ +) (その他)	
聴力	良 ・ やや不良 ・ 不良				
検尿	糖 (- ・ +)		蛋白 (- ・ +)		潜血 (- ・ +)
血液検査	【検査年月日：令和 年 月 日】				
	G O T () IU/L	クレアチニン () mg/dl			
	G P T () IU/L	総タンパク () g/dl			
	γ-G T P () IU/L	血 糖 () mg/dl			
	総コレステロール () mg/dl	白血球数 () /mm ³			
	総ビリルビン () mg/dl	赤血球数 () 万/mm ³			
	中性脂肪 () mg/dl	ヘモグロビン () g/dl			
	尿素窒素 () mg/dl	ヘマクリット () %			
尿 酸 () mg/dl	血小板数 () 万/mm ³				
	※M R S A (- ・ +)		C R P () mg/dl		
	HBs抗原 (- ・ +)		HCV抗体 (- ・ +)		ガラス板 (- ・ +)
その他の伝染性疾患					
褥瘡	無 ・ 有 (程度: 大 ・ 中 ・ 小 位置: 右上に図示)				
介護度	自立 ・ 要支援 ・ 要介護 (1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5)				
精神の 状態	日常生活 自立度	寝たきり度	不明 自立 J1 ・ J2 ・ A1 ・ A2 ・ B1 ・ B2 ・ C1 ・ C2		
		認知の状況	不明 自立 I ・ IIa ・ IIb ・ IIIa ・ IIIb ・ IV ・ M		
	問題行動 等 特記事項	(具体的に)			

検査は3ヵ月以内のものをお願いします。

※ MRSA (鼻腔)は必ず検査してください

心身障害 の認定	障害名() 障害の程度() 昭和・平成・令和 年 月 日 (推定・不詳)	
四 肢 運 動 障 害	 <p>四肢欠損 麻痺 筋力の低下</p> <p>褥瘡等の皮膚疾患 拘縮</p>	X 線 写 真 所 見  令和 年 月 日 *喀痰 TB菌 (無・有)
	その他の 検査及び 特記事項	心電図 アルブミン HbA1C
現 症 状 に 対 す る 総 合 所 見	・現疾患名 ・治療の内容 ・処方の内容	
上記のとおり診断します。 年 月 日 医療機関名 _____ 住 所 _____ 医 師 名 _____ 印		

*は主治医が必要と認めたとき