

介護老人保健施設 エスポワール練馬 健康診断書

ふりがな		性別		明治・大正・昭和		感染性疾患	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	(有・無)	
主病名				発症日		高次脳機能障害 (失語症含む) 所見		皮膚所見 (褥瘡・湿疹等)
既往歴						言語障害所見		聴力障害所見
脈拍		回 整・不整		血圧		視力障害所見		
胸部レントゲン所見 (検査施行日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・問題行動等ありましたらご記入ください。) 認知症の有無 (無・有) 有の場合の日常生活自立度 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> IIa <input type="checkbox"/> IIb <input type="checkbox"/> IIIa <input type="checkbox"/> IIIb <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> M		
心電図所見 (検査施行日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				
血算 (検査施行日) H	白血球		生化学	肝機能	GOT		現在の投薬状況	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)
	赤血球				GPT			
	ヘモグロビン				総コレステロール			
	ヘマトクリット				中性脂肪			
尿検査 (検査施行日) H	血小板			腎機能	BUN			
	蛋白				クレアチニン			
	糖			代謝	アルブミン			
	ウロビリノーゲン				Na			
ビリルビン		Cl						
潜血		K						
血糖 (随時)	空腹時又は h後 検査日		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。