

# 健康診断書

(利用開始時・シニアスタイル所定様式)

氏名		男・女	生年月日	M・T・S	年	月	日生	歳
----	--	-----	------	-------	---	---	----	---

現病名

病歴

既往歴		血液検査	検査結果	
年月	病名		白血球	千/mm3
/			赤血球	万/mm3
/			血色素量	g/dl
/			ヘマトクリット	%
/			血小板数	万/mm3
/			総蛋白	g/dl
/			アルブミン	g/dl
/			LDH	IU/l
/			GOT	IU/l
/			GPT	IU/l
/			γ-GTP	IU/l
/			総コレステロール	mg/dl
/			中性脂肪	mg/dl
/		尿素窒素	mg/dl	
検査結果		クレアチニン	mg/dl	
身長		尿酸	mg/dl	
体重		Na	mEq/l	
血圧		K	mEq/l	
	～ mmHg	Cl	mEq/l	
尿検査	蛋白	血糖	mg/dl	
	糖	HbA1c	%	
	潜血			

※血液検査・尿検査の結果はデータを添付していただくだけでも結構です。

<p>心電図所見</p> <p>1.異常あり</p> <p>2.異常なし</p> <hr style="border-top: 1px dashed black;"/> <p>心電図診断</p>	<p>胸部X線撮影</p> <p>1.異常なし</p> <p>2.要観察</p> <p>3.要加療</p> <hr style="border-top: 1px dashed black;"/> <p>上記2,3の場合(疾患名)</p>	
<p>1 撮影年月日</p>		<p>年 月 日</p>

感染症関連検査

結核検査 胸部X線所見 ( + ・ - ) 結核菌塗抹 ( + ・ - )  
(所見: )

※結核菌検査に関しては胸部X線で活動性結核の疑いがある場合のみで結構です。

肝炎ウイルス検査 HBs抗原 ( + ・ - ) HCV抗体 ( + ・ - )

その他の感染症の有無 (+)の場合のその疾患名  
( + ・ - ) ( )

◆以下に関してはわかる範囲でご記入願います。

日常生活能力		留意事項等あれば、ご記入ください
食事	自立 ・ 一部介助 ・ 全介助	
	形態( 普通 ・ キザミ ・ ミキサー ・ 粥 ・ その他 )	
	アレルギー ( )	
更衣	自立 ・ 一部介助 ・ 全介助	
排泄	自立 ・ 一部介助 ・ 全介助	
入浴	自立 ・ 一部介助 ・ 全介助	
言語障害	有 ・ 無	
視力障害	有 ・ 無	
聴力障害	有 ・ 無	
意思疎通	可 ・ 困難	
認知症の程度	無 ・ 軽度 ・ 中等度 ・ 重度(長谷川式 点)	

現処方

薬剤アレルギー(有・無) 有の場合、薬剤名( )

※原則、全項目記入していただくようにお願い致します。

診断の結果、本書の通り相違ないことを証明します。

ご住所 :

TEL/FAX :

医療機関名 :

医師名 : 印

記載日 年 月 日