

# 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/mm <sup>3</sup> |
| /    |        |        | 赤血球      | 万/mm <sup>3</sup> |
| /    |        |        | 血色素量     | g/dl              |
| /    |        |        | ヘマトクリット  | %                 |
| /    |        |        | 血小板数     | 万/mm <sup>3</sup> |
| /    |        |        | 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> <p>.....</p> <p>心電図診断</p> <p>.....</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> <p>.....</p> <p>上記2,3の場合(疾患名)</p> <p>.....</p> |  |
| <p>1</p>  |  | <p>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<br>(所見: | ( + ・ - )    | 結核菌塗抹 ( + ・ - ) |
| ※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 |