

健康診断書

特別養護老人ホーム 坂戸サークルホーム・サークルホームかたやなぎ・小沼サークルホーム 宛

ふりがな 氏名		生年 月日	M・T・S 年 月 日	(歳) 日			
住所	〒			要介護度	1・2・3・4・5		
身長	cm	体重	kg	血圧	/		
視力	右： 左： 普通・弱視	聴力	普通・やや難聴・難聴 補聴器使用 有・無	言語	普通・障害あり		
認知症の日常生活自立度 自立・I・IIa・IIb・IIIa・IIIb・IV・M			障がいの日常生活自立度 自立・J1・J2・A1・A2・B1・B2・C1・C2				
胸部X線所見	異常あり・異常なし ()						
心電図	異常あり・異常なし ()						
尿 検 査	糖	血液 検 査	GOT	IU/l	血 液 検 査	Na(ナトリウム)	mEq/L
	蛋白		GPT	IU/l		K(カリウム)	mEq/L
潜血	γGTP		U/L	Cl(クロール)		mEq/L	
血 液 検 査	白血球		LDH	U/L	感 染 症	CRP	mg/dl
	赤血球		CPK	IU/l		血糖	mg/dl
	血色素		T-cho	mg/dl		HbA1c	%
	ヘマトクリット		TG	mg/dl		HBs 抗原	IU/mL
	血小板		HDL-コレステロール	mg/dL	HCV 抗体	S/co 値	
	TP		LDL-コレステロール	mg/dL	ワ氏定性 TPHA		
	ALB		Cr	mg/dl	疥癬	有・無	
ALP	BUN	mg/dl	じょく瘡	有・無			
【現在の病名及び経過及び治療の概要】 ※認知症 (有・無)			【主な処方薬】				
【既往歴】			【身体上の欠陥並びに異常のある場合の内容】				
【特記事項】							
上記の通り診断いたします。			令和 年 月 日				
医療機関 所在地 名称 電話 医師の氏名			⑩				

※ 検査データを添付することにより数値記入を省略して頂いても結構です。