

## 介護老人保健施設 エスポワール船橋 健康診断書

ふりがな		性別		明治・天正・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 . . . ( - ・ + )	他感染症 検査日 . . . ( - ・ + )
全身状態	身長	cm	体重	kg	BMI	高次脳機能障害 (失語症含む) 所見 (有・無)		皮膚所見 (褥瘡・湿疹・疥癬等)
主病名		発症日				言語障害所見		聴力障害所見
既往歴						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。)		視力障害所見
脈拍		回 整・不整		血圧		認知症の有無 ( 無 ・ 有 ) 有の場合の日常生活自立度 □自立 □I □IIa □IIb □IIIa □IIIb □IV □M		投薬状況
胸部レントゲン所見 (検査施行日R . . .)		異常あり・異常なし [ ]		特記事項				
心電図所見 (検査施行日R . . .)		異常あり・異常なし [ ]		特記事項				
血算 (検査施行日) R . . .	白血球		生化学 (検査施行日) R . . .	肝機能	GOT		<input type="checkbox"/> 退院後・入所後の再診の必要なし <input type="checkbox"/> 退院後・入所後の再診の必要あり 診療科目	
	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) R . . .	血小板		腎機能	BUN		上記のとおり診断いたします。 令和 年 月 日  所在地 医療機関名 医師		
	蛋白			クレアチニン				
	糖			アルブミン				
	ウロビリノーゲン			Na				
	ビリルビン			Cl				
血糖 (随時)	空腹時又は h後 検査日 . . .		HbA1c (糖尿病の方のみ)		K			

**※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。**