

健康診断書

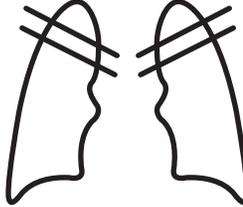
有限会社 ノベライズ社

〒242-0006 神奈川県大和市南林間1-7-9南林間西口第3ビル2階
TEL 046-274-5100 FAX 046-274-5105

(注) この様式は基本的な健康診断書です。疾患に基づく検査データがありましたら添付してください。

フリガナ 氏名		男・女	生年月日	明治・大正・昭和 年 月 日(歳)
住所	TEL ()			

病名		認知症	(有 ・ 無) ※必ず有無をご記入下さい <input type="checkbox"/> アルツハイマー型 <input type="checkbox"/> 脳血管型 <input type="checkbox"/> レビー小体型 <input type="checkbox"/> 前頭葉側頭葉型 <input type="checkbox"/> その他()
症状経過		既往歴	
		処方内容	

(身長 c m) (体重 kg) (血圧 / mmHg) (脈拍 回/分)					
検査所見	【検査日 年 月 日】				
	胸部レントゲン 【撮影日 年 月 日】				
尿	蛋白	-	±	+	所見 
	糖	-	±	+	
	潜血	-	±	+	
	HBs	抗原精密	-	+	
感染症	HCV	抗体	-	+	異常あり ・ 異常なし
	疥癬	-	+	部位()	
	MRSA	-	+		
血液検査	血糖		WBC		
	GOT		GPT		γ-GTP
	Ht		Hb		PLT
	CRP		尿酸		中性脂肪
	その他	※糖尿病疾患のある方はHbA1cの検査をお願いします。			
結核の既往	無 ・ 有(歳頃)		他者への感染リスク 無 ・ 有()		
皮膚疾患(含褥瘡)	無 ・ 有()		言語障害	無 ・ 有()	
アレルギー(食物・薬)	無 ・ 有()		視力障害	無 ・ 有()	
麻痺	無 ・ 有()		聴力障害	無 ・ 有()	
拘縮	無 ・ 有()				
特記事項 ご入居に際しての諸注意等ご記入下さい					

上記のとおり、診断いたします。

医療機関名

平成 年 月 日

所在地

医師氏名

印