

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	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td>蛋白</td><td>-</td><td>±</td><td>+</td></tr> <tr><td>糖</td><td>-</td><td>±</td><td>+</td></tr> <tr><td>潜血</td><td>-</td><td>±</td><td>+</td></tr> </table>	蛋白	-	±	+	糖	-	±	+	潜血	-	±	+	所見  異常あり ・ 異常なし												
蛋白	-	±	+																							
糖	-	±	+																							
潜血	-	±	+																							
感染症	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td>HBs</td><td>抗原精密</td><td>-</td><td>+</td></tr> <tr><td>HCV</td><td>抗体</td><td>-</td><td>+</td></tr> <tr><td>疥癬</td><td>- + 部位()</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>MRSA</td><td>-</td><td></td><td>+</td></tr> </table>	HBs	抗原精密	-	+	HCV	抗体	-	+	疥癬	- + 部位()			MRSA	-		+									
HBs	抗原精密	-	+																							
HCV	抗体	-	+																							
疥癬	- + 部位()																									
MRSA	-		+																							
血液検査	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td>血糖</td><td></td><td>WBC</td><td></td><td>RBC</td><td></td></tr> <tr><td>GOT</td><td></td><td>GPT</td><td></td><td>γ-GTP</td><td></td></tr> <tr><td>Ht</td><td></td><td>Hb</td><td></td><td>PLT</td><td></td></tr> <tr><td>CRP</td><td></td><td>尿酸</td><td></td><td>中性脂肪</td><td></td></tr> </table>	血糖		WBC		RBC		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。
血糖		WBC		RBC																						
GOT		GPT		γ-GTP																						
Ht		Hb		PLT																						
CRP		尿酸		中性脂肪																						
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。

平成 年 月 日

医療機関名

所在地

医師氏名

印