

介護老人保健施設 健康診断書

名前	様	性別	男性	女性	
住所	電話 FAX				
生年月日	明治・大正・昭和	年	月	日 (歳)	
病名					
既往歴					
呼吸器疾患 (X-P所見)	正常・異常 ※異常の場合はX-Pフィルム添付のこと	循環器疾患 (心電図所見)	正常・異常 ※異常の場合は検査データ添付のこと		
	結核の既往 (+ ・ -)				
腹部	皮膚疾患	正常・異常 部位・大きさ・深さ・処置など 褥瘡 無・有 () 湿疹 無・有 () 疥癬 無・有 ()			
神経系					
脊柱及四肢					
身長					cm
体重					kg
血圧					
障害	《視力》 有・無	《聴力》 有・無	《言語》 有・無		
血液型	型 RH				
赤血球	GOT	尿素窒素	HBS抗原	検尿	
白血球	GPT	クレアチニン	HBS抗体		蛋白
血色素	γ-GTP	ナトリウム	HCV抗体	糖	
血小板	総コレステロール	カリウム	TPHA	ケトン体	
CRP	中性脂肪	クロール	RPR	ウロビリノーゲン	
血糖	尿酸	TP	梅毒	潜血	
HbA1c		アルブミン	MRSA		
現在の処方	医学的所見				
	認知棟 適・不適 リハビリ 適・不適				
医療機関名	住所	年 月 日			
	病院名				
	TEL/FAX				
	医師名	印			

* 全ての項目に記入お願い致します。