

健康診断書

フリガナ		男 女	生年月日	明・大・昭 年 月 日 歳	
氏 名	様				
住 所	TEL ()				
診 断 名 等	主要病名又は症状・時期等		既 往 歴	病名・症状等	時 期
	1.			1.	年 月～ 年 月
	2.			2.	年 月～ 年 月
	3.			3.	年 月～ 年 月
	4.			4.	年 月～ 年 月
5.		5.	年 月～ 年 月		
主 な 経 過					
処 方	長期常用薬には◎を付記して下さい。又治療食の指示のある場合は各制限等も記載して下さい。				
胸部 X 線所見	平成 年 月 日撮影	心電図所見	平成 年 月 日実施	医療的処置の状況	
				<input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 胃瘻 <input type="checkbox"/> 留置カテーテル <input type="checkbox"/> ストーマ <input type="checkbox"/> IVH <input type="checkbox"/> レスピレーター <input type="checkbox"/> HOT <input type="checkbox"/> インシュリン注射 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> ペースメーカー 該当項目全てチェックして下さい	
医師所見：異常有り・異常なし		異常有り・異常なし			
検 査 所 見	尿	蛋 白() 糖() 潜 血()		感 染 症	
	血 液	Hgb() Fe() WBC() PLT()			TPHA ()
		TP() Alb() ChE() T-cho()			HBs 抗原()
		TG() GOT() GPT() γ-GTP()			HCV 抗体()
		BUN() Cre() FBS() HbA1c()			皮膚疥癬()
<div style="border: 2px solid black; padding: 5px; display: inline-block;">全項目必須</div>					
身 体 状 況	身長(cm) 体重(kg) 血圧(/)				
	アレルギー：無・有(薬)(食事) 褥瘡：無・有(部位)(程度)				
	障 害 有 無	視力障害：無・有 聴力障害：無・有 言語障害：無・有 嚥下障害：無・有 麻痺：無・有(右・左：上肢・下肢) 関節拘縮：無・有(肩・肘・手・股・膝・足) 精神疾患：無・有() 認知症状：長谷川式スケール(合計得点)			
総 合 所 見	(1) 認知症老人の日常生活自立度 (<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> IIa <input type="checkbox"/> IIb <input type="checkbox"/> IIIa <input type="checkbox"/> IIIb <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> M) (2) 問題行動の有無(該当する項目全てチェックして下さい) <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 幻視・幻聴 <input type="checkbox"/> 妄想 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 暴言 <input type="checkbox"/> 暴行 <input type="checkbox"/> 介護への抵抗 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 火の不始末 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> 異食行動 <input type="checkbox"/> 性的問題行動 <input type="checkbox"/> その他() (3) 障害老人の日常生活自立度 (<input type="checkbox"/> J 1 <input type="checkbox"/> J 2 <input type="checkbox"/> A 1 <input type="checkbox"/> A 2 <input type="checkbox"/> B 1 <input type="checkbox"/> B 2 <input type="checkbox"/> C 1 <input type="checkbox"/> C 2)				
医療機関 名 称：	平成 年 月 日				
所 在 地：					
医師氏名：	印				

※検査データは、3ヶ月以内に実施された結果をご使用ください。