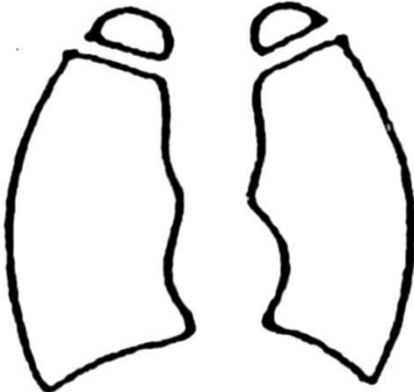


# 健康診断書

※書ける範囲で結構ですので、よろしくお願い致します。

社会福祉法人 潤青会

ふりがな 名前				性別	1. 男 2. 女	生年月日	明治・大正・昭和 満 歳 年 月 日		
身長	cm	体重	kg	視力				難聴	有・無
現病名									
既往歴									
投与薬剤 (単位・量)							備考		
認知症の有無及び程度	1 日常会話 : 可・不可 ( 意思の疎通 : 可・かろうじて可・不可 ) 2 精神症状 : ア 情動失禁 イ 興奮 ウ 幻覚 エ 妄想 3 問題行動 : ア 徘徊癖 イ 排便 ウ その他( )								
身体所見	① バイタル : 血圧 / 脈拍 整・不整 体温 °C ② 意識障害 : 無・有 ( 程度 : ) ③ 言語障害 : 無・有 ( ア 構音障害 イ 失語・運動・感覚 ) ④ 座位保持 : 可・不可 ( 介助により 可・不可 ) ⑤ 起立 : 可・不可 ( 介助により 可・不可 ) ⑥ 歩行 : 可・不可 ( 介助により 可・不可 ) ⑦ 四肢硬直 : 無・有 ( 部位と程度 : ) ⑧ 褥瘡 : 無・有 ( 部位と程度 : ) ⑨ 浮腫 : 無・有 ( 部位と程度 : 両足背 中度 ) ⑩ 皮膚疾患 : 無・有 ( 部位と程度 : ) ⑪ 食事制限 : 無・有 ( ) ⑫ 尿失禁 : 無・有 ( 週 回・一日 回 ) ⑬ その他所見 : ( )								

一 般 検 査	◆採血結果 ( 実施日 令和 年 月 日 )					
	TP	g/dl	HDL	mg/dl	WBC	μ l
	Alb	g/dl	LDL	mg/dl	RBC	× 10/μ l
	BUN	mg/dl	中性脂肪	mg/dl	Hb	g/dl
	Cr	mg/dl	HBs抗原	- ・ + ( )	Ht	%
	GOT	IU/l	HCV抗体	- ・ + ( )	Pl	× 10/μ l
	GPT	IU/l	血液型		型 Rh ( + ・ - )	
	LDH	IU/l	梅毒血清反応		生物学的方法	
	ALP	IU/l			( 法 ) - ・ +	
	γ -GTP	mg/dl			TPHA法	
	FBS	mg/dl			- ・ + ( )	
	HbA1c	%	MRSA		- ・ + ( )	
	◆尿検査結果 ( 実施日 令和 年 月 日 )					
	蛋白				ウロビリノーゲン	
	糖				潜血	
胸部レントゲン所見			心電図所見			
			( 日付 令和 年 月 日 )			
			備考			
( 撮影日 令和 年 月 日 )						
主治医意見						

上記のとおり診断致します。

令和 年 月 日

医療機関名  
住 所  
電 話 番 号

医 師

印