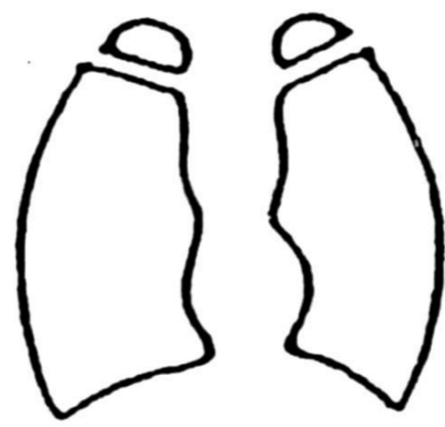


健康診断書

※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				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 ℃ 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 平成 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	-・+（ ）	PI	×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 （法） -・+	
	ALP	IU/l			TPHA法 -・+（ ）	
	γ-GTP	mg/dl			-・+（ ）	
	FBS	mg/dl	MRSA		-・+（ ）	
	HbA1c	%			-・+（ ）	
	◆尿検査結果（実施日 平成 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 平成 年 月 日）			
（撮影日 平成 年 月 日）			備考			
主治医意見						

上記のとおり診断致します。

平成 年 月 日

医療機関名
住所
電話番号

医師

Ⓔ