

介護老人保健施設 エスポワール越谷 健康診断書

(※検査については全項目記入、3ヵ月以内の検査結果、所見をお願いします)

ふりがな				性別	明治・大正・昭和			感染性疾患	結核	検査日	・	・	(-・+)	HCV抗体	検査日	・	・	(-・+)
氏名				男女	年 月 日生(歳)				梅毒	検査日	・	・	(-・+)	MRSA	検査日	・	・	(-・+)
住所				電話 ()			HBs抗原		検査日	・	・	(-・+)	疥癬	検査日	・	・	(-・+)	
全身状態		身長	cm	体重	kg	BMI		高次脳機能障害 (有・無)				聴力障害所見						
主病名				発症日			言語障害所見				皮膚所見							
既往歴							視力障害所見				(皮膚・湿疹等)							
脈拍	回	整・不整		血压				胸部レントゲン所見		特記事項		異常あり・異常なし						
心電図所見				特記事項			異常あり・異常なし		精神状態所見		慢性中毒症状・精神症状・睡眠障害・問題行動等ありましたらご記入ください。							
血算	白血球			生化学	肝機能	GOT		腎機能	認知症状の有無(有・無) 有の場合の日常生活自立度		□自立 □I □IIa □IIb □IIIa □IIIb □IV □M							
検査日	赤血球					GPT												
	ヘモグロビン					中性脂肪												
	ヘマトクリット					総コレステロール												
	血小板					HDL - Cho												
尿検査	蛋白			代謝	BUN		現在の投薬状況		上記のとおり診断いたします。									
検査日	糖				クレアチニン													
	ウロビリノーゲン				アルブミン													
	ビリルビン				Na		年 月 日											
血糖値	空腹時又は	h後		検査日	HbA1c (糖尿病の方のみ)	所在地		医療機関名		医師名		Ⓜ						

※ 恐れいりますが、検査年月日は必ず記入願います。