

入所用 ④ 介護老人保健施設 エスポワール市川 健康診断書 (病院記入・作成書類です)

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 (失語症含む) 所見	(有・無)		皮膚所見 (褥創・湿疹等)			
主病名		発症日							聴力障害所見			
既往歴						言語障害所見		視力障害所見				
脈拍		回 整・不整		血圧								
胸部レントゲン所見 (検査施行日H . . .)		異常あり・異常なし		特記事項		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。) 認知症の有無 (無・有 HDS-R 点)				
心電図所見 (検査施行日H . . .)		異常あり・異常なし ※異常のある場合はコピーの添付をお願いします。		特記事項		現在の投薬状況						
血算 (検査施行日) H . . .	白血球			生化学	GOT			上記のとおり診断いたします。  平成 年 月 日  所在地 医療機関名 医 師		Ⓜ		
	赤血球				GPT							
	ヘモグロビン				総コレステロール							
	ヘマトクリット				中性脂肪							
	血小板				HDL-Cho							
尿検査 (検査施行日) H . . .	蛋白			LDL-Cho								
	糖			BUN								
	ウロビリノーゲン			クレアチニン								
	ビリルビン			TP								
	PH			アルブミン								
血糖 (随時)	空腹時		(検査施行日) H . . .		Na							
						Cl						
						K						
						HbA <sub>1c</sub> (糖尿病の方のみ)						

※検査については全項目記入、3ヶ月以内の検査結果、所見をお願いします。