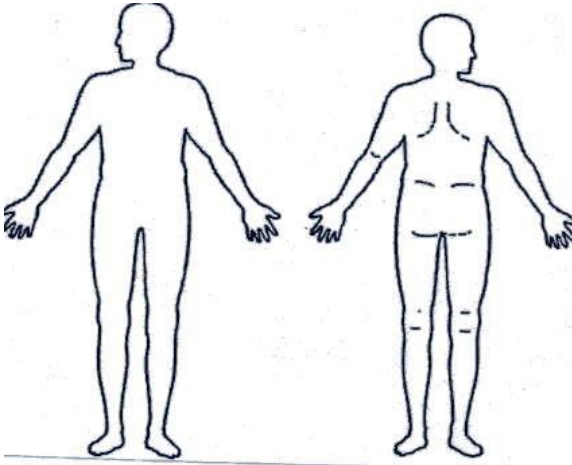
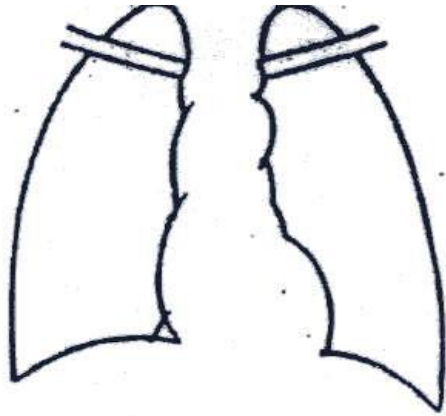








# 健康診断書

氏名	カガナ		男 ・ 女	生年月日 明・大・昭 年 月 日 年齢 歳				
	〒			Tel ( ) —				
既往歴 及び 発症 年月日	理学的 所見							
身長							cm	体 重
視 力	良・やや不良・不良		皮膚病	無 (疥癬 — ・ + )				
聴 力	良・やや不良・不良			有 (その他 )				
検 尿	糖 ( — ・ + )		蛋白 ( — ・ + )		潜血 ( — ・ + )			
血液検査  月 日	総タンパク ( ) g/dl		ナトリウム ( ) mEq/l					
	アルブミン ( ) g/dl		カリウム ( ) mEq/l					
	総ビリルビン ( ) mg/dl		総コレステロール ( ) mg/dl					
	A S T ( ) IU/L		中性脂肪 ( ) mg/dl					
	A L T ( ) IU/L		血 糖 ( ) mg/dl					
	A L P ( ) IU/L		白血球数 ( ) ×100					
	γ-G T P ( ) IU/L		赤血球数 ( ) 万/μ l					
	尿 素 窒 素 ( ) mg/dl		ヘモグロビン ( ) g/dl					
	クレアチニン ( ) mg/dl		ヘマトクリット ( ) %					
	尿 酸 ( ) mg/dl		血小板数 ( ) 万/μ l					
B N P ( ) pg/ml		PT -INR ( )						
HBs抗原 ( — ・ + )		HbA1C ( ) %						
HCV抗体 ( — ・ + )		C R P ( ) mg/dl						
その他の伝染性疾患								
褥 瘡	無 ・ 有 (程度: 大 ・ 中 ・ 小 位置: 右上に図示)							
介護度	自立 ・ 要支援 ( 1 ・ 2 ) ・ 要介護 ( 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5 )							
精神の 状態	日常生活 自立度	寝たきり度	J	A	B	C		
		認知症度の状況	正	I	II	III	IV	M
	問題行動 等 特記事項	(具体的に)						

- 1 検査は1ヶ月以内のもので、原本またはコピーを添付してください ※感染症は12ヶ月以内で可
- 2 診断書とともに胸部レントゲン・心電図をご持参ください

心身障害 の認定	障害名 ( ) 障害の程度 ( ) 大正・昭和・平成 年 月 日 ( 推定・不詳 )	
四肢運動障害		( 直接・間接 ) 撮影  平成 年 月 日 撮影
	四肢欠損   褥瘡等の皮膚疾患  麻痺  拘縮  筋力の低下 	※喀痰 TB菌 ( 無・有 )
その他の 検査及び 特記事項	乳房腫瘍 有・無	
現症 に対する 総合所見	・現疾患名  ・治療の内容  ・処方の内容	
上記のとおり診断します。  年 月 日 医療機関名 _____ 住 所 _____ 医 師 名 _____ 印 _____		

※は主治医が必要と認めたとき

社会医療法人中央会  
 介護老人保健施設 ローランド  
 介護老人保健施設 なにわローランド