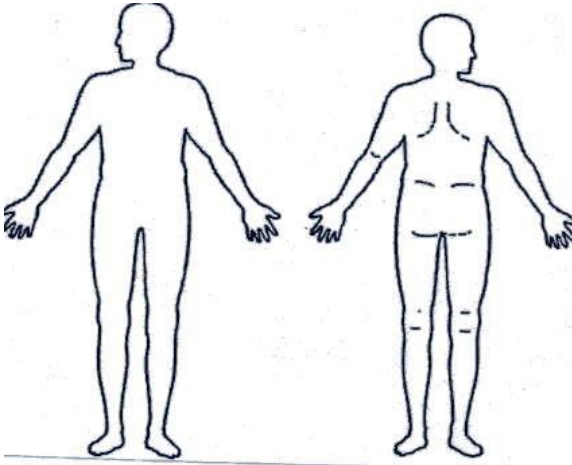



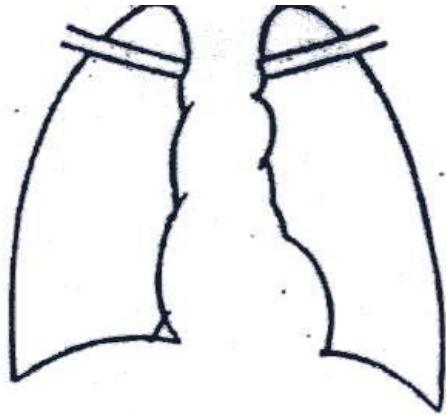


# 健康診断書

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	kg	血圧	/	
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
	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	 <p>四肢欠損 / \ 褥瘡等の皮膚疾患 麻痺  拘縮  筋力の低下 </p>	<p>( 直接・間接 ) 撮影</p>  <p>平成 年 月 日 撮影</p>
	※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	<p>・現疾患名</p> <p>・治療の内容</p> <p>・処方の内容</p>	
<p>上記のとおり診断します。</p> <p>年 月 日</p> <p>医療機関名 _____</p> <p>住 所 _____</p> <p>医 師 名 _____ 印 _____</p>		

※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