

健康診断書

フリガナ		性別	生年月日		年 月 日		歳
氏名		男 ・ 女	明 ・ 大				
様		昭 ・ 平					
住所							
現病名（発病時期）							
既往歴（発病時期）及び症状・経過							
処方薬							
要介護	申請中 ・ 要支援1 ・ 要支援2 ・ 要介護1 ・ 要介護2 ・ 要介護3 ・ 要介護4 ・ 要介護5						
認知症	無 ・ 軽度 ・ 重度 ・ その他（ ） <input type="checkbox"/> MMSE <input type="checkbox"/> 長谷川式 点						
（身長 cm）（体重 Kg）（血圧 / ）（脈拍 回/分）							
尿検査	蛋白	－ 土 十	糖	－ 土 十		潜血	－ 土 十
感染症	HBs－Ag	－ 十	血液検査	WBC		GPT	
	HCVAbs	－ 十		RBC		BUN	
	MRSA	－ 十 鼻腔（ ）		Hb		Cr	
	梅毒	－ 十		HbA1C		Na	
	疥癬	－ 十				K	
	結核	－ 十		CRP		C1	
その他	アレルギー	無 ・ 有	血液検査	BS		A1b	
		食物		TP		GOT	
		薬		X線撮影 年 月 日		心電図 年 月 日	
	視力障害	無 ・ 有（ ）		所見 異常あり ・ 異常なし	所見		
	聴力障害	無 ・ 有（ ）					
	言語障害	無 ・ 有（ ）					
麻痺	無 ・ 有部位：						
皮膚疾患	拘縮	無 ・ 有部位：					
	褥瘡	無 ・ 有部位：					
皮膚疾患	浮腫	無 ・ 有部位：					
	処置	ストマ・インシュリン・バルーンカテーテル（ ）					

※上記以外に参考となるデータがあれば、コピー等添付頂きたいお願い致します。
尚、検査データは3ヶ月以内のものでお願い致します。

年 月 日

上記の通り診断いたします。

医療機関名
所在地
医師氏名

印