介護老人保健施設　エスポワール岩槻　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				
氏名		男 女	年　月　日生（　歳）				
住所		電話 （　）					
全身状態		身長	cm	体重	kg	BMI	
主病名		発症日					
既往歴							
脈拍　回　整・不整		血圧					
胸部レントゲン所見 検査日　・　・	異常あり・異常なし ※異常のある場合はフィルムCDの添付をお願いします。	特記事項［　］					
心電図所見 検査日　・　・	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［　］					

血算 検査日　・　・	白血球		生化学 検査日　・　・	肝機能	GOT	
	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 検査日　・　・	蛋白				LDL－Cho	
	糖			腎機能	BUN	
	ウロビリノーゲン				クレアチニン	
	ビリルビン			代謝	アルブミン	
	PH				Na	
					K	
					Cl	
血糖（随時）	空腹時又は　h後 検査日　・　・		HbA1c（糖尿病の方のみ）			

感染性疾患	結核　検査日　・　・　（－・＋）	HCV抗体　検査日　・　・　（－・＋）	
	梅毒　検査日　・　・　（－・＋）	MRSA　検査日　・　・　（－・＋）	
	HBs抗原　検査日　・　・　（－・＋）	疥癬　検査日　・　・　（－・＋）	
高次脳機能障害（失語症含む）所見	（有・無）	聴力障害所見	
言語障害所見		皮膚所見（褥瘡・湿疹等）	
視力障害所見			
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		
現在の投薬状況			

上記のとおり診断いたします。

年　月　日

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。