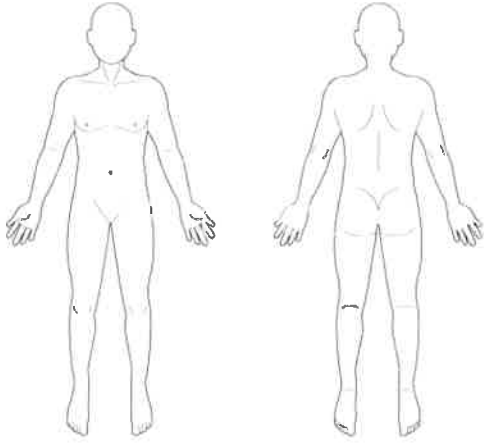



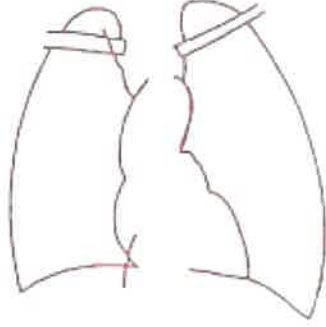




健康診断書

氏名	フリガナ		男 ・ 女	生年月日 明・大・昭 年 月 日 年齢 歳		
	〒 TEL () -					
現住所						
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・やや良・不良		皮膚病	無 (疥癬 - ・ +)		
聴力	良・やや良・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
	r - G T P	()	IU/L	赤血球数	()	万/ μ l
	尿素窒素	()	mg/dl	ヘモグロビン	()	mg/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	()	pq/ml	PT-INR	()	
	HBs抗原	(- ・ +)		HbA1C	()	%
	HCV抗体	(- ・ +)		C R P	()	mg/dl
	その他伝染性疾患					
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)				

※ 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下さい ※感染症は12ヶ月以内で可

心身障害 の認定	障がい名() 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  麻痺  筋力の低下 </p>	<p>(直接・関節) 撮影</p> <p>X線写真所見</p>  <p>令和 年 月 日 撮影</p>
	<p>褥瘡の皮膚疾患  拘縮 </p> <p>※喀痰 TB菌 (無・有)</p>	
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