

介護老人保健施設 エスポワールさいたま 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		感染性疾患	結核	検査日	・ ・ (一・十)	HCV抗体	検査日	・ ・ (一・十)
氏名		男女		年 月 日生(歳)			梅毒	検査日	・ ・ (一・十)	MRSA	検査日	・ ・ (一・十)
住所		電話		()			HBs抗原	検査日	・ ・ (一・十)	疥癬	検査日	・ ・ (一・十)
全身状態		身長	cm	体重	kg	BMI						
主病名							胸部レントゲン所見	異常あり・異常なし 特記事項 ※異常のある場合はフィルムCDの添付をお願いします。				
							心電図所見	異常あり・異常なし 特記事項 ※異常のある場合はコピーの添付をお願いします。				
							脈拍	回	整・不整	血圧		
	※発症日がわかりましたらご記入願います。						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。				
既往歴								認知症状の有無(有・無) 有の場合の日常生活自立度 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> IIa <input type="checkbox"/> IIb <input type="checkbox"/> IIIa <input type="checkbox"/> IIIb <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> M				
	※発症日がわかりましたらご記入願います。						現在の投薬状況					
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		腎機能	BUN								
	糖			クレアチニン								
	ウロビリノーゲン			代謝	アルブミン							
	ビリルビン				Na							
	PH				K							
			Cl									
血糖値	空腹時又は h後		HbA1c (糖尿病の方のみ)		上記のとおり診断いたします。							
検査日					所在地	年 月 日						
					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。												