

<b>健康診断書</b>				
氏名	男・女	生年月日	M・T・S	年 月 日生 歳
現病名				
病歴				

既往歴

年月	病名
/	
/	
/	
/	
/	
/	
/	
/	
/	
/	
/	

検査結果	
身長	
体重	
血圧	～ mmHg
尿検査	蛋白
	糖
	潜血
	ESBL産生菌
プラス 1 2 3 4 / マイナス	

※血液検査・尿検査の結果はデータを添付していただくだけでも結構です。

感染症関連検査

<b>結核検査</b>			
結核検査	胸部X線所見 ( + ・ - ) (所見: )	結核菌塗抹	( + ・ - )
肝炎ウイルス検査	HBs抗原 ( + ・ - )	HCV抗体	( + ・ - )
その他感染症の有無			
MRSA	有 ・ 無 (有の場合の詳細情報)	結核	有 ・ 無 (有の場合の詳細情報)
梅毒	有 ・ 無 (有の場合の詳細情報)	疥癬	有 ・ 無 (有の場合の詳細情報)
HIV	有 ・ 無 (有の場合の詳細情報)	肺炎	有 ・ 無 (有の場合の詳細情報)

その他の感染症の有無 ( + ・ - )	疾患名
-------------------------	-----

以下に関してはわかる範囲でご記入願います。

<b>日常活動能力</b>	
食事	自立 ・ 一部介助 ・ 全介助 形態( 普通 ・ キザミ ・ ミキサー ・ 粥 ・ その他 アレルギー ( )
更衣	自立 ・ 一部介助 ・ 全介助
排泄	自立 ・ 一部介助 ・ 全介助
入浴	自立 ・ 一部介助 ・ 全介助
言語障害	有 ・ 無
視力障害	有 ・ 無
聴力障害	有 ・ 無
意思疎通	可 ・ 困難
認知症の程度	無 ・ 軽度 ・ 中等度 ・ 重度(長谷川式 点)

現処方
薬剤アレルギー(有・無) 有の場合、薬剤名( )

※全項目記入御願致します。

診断の結果、本書の通り相違ないことを証明します。

ご住所

TEL/FAX :

医療機関名 :

医師名

印

記載日

年

月

日