

健康診断書

(IV)

サービス付き高齢者向け賃貸住宅 こもれび

| | | | | | | | | |
|-------------|----------------------------------|----------|----------|-----|--------|------|-----------|--|
| 氏名 | 男・女 | 明治・大正・昭和 | 年 | 月 | 日生() | 歳 | | |
| 住所 | 〒 - | | | | | | | |
| 身長 | cm | 体重 | kg | 血圧 | / | mmhg | | |
| 視力 | 正常・異常 () | | | 眼鏡 | (有・無) | | | |
| 聴力 | 普通・やや難聴・難聴 | | | 補聴器 | (有・無) | | | |
| 言語 | 正常・異常 () | | | | | | | |
| 認知症 | 有・無 (軽度・中度・重度) | | | | | | | |
| 四肢運動機能 | | | | | | | | |
| 心電図 | 正常・異常 () | | | | | | | |
| 検尿 | 糖() 蛋白() 潜血() | | | | | | | |
| 皮膚疾患 | 褥瘡 (有・無) 部位() | | | | | | | |
| アレルギー | 有・無 () 食事制限等 () | | | | | | | |
| 感染症 | HBs抗原() TPHA() HCV抗体() Wa氏() | | | | | | | |
| 現病歴 | 疥癬 (有・無)・部位() | | | | | | | |
| 既往歴 | | | | | | | | |
| 現在の治療 | | | | | | | | |
| 投薬内容 | | | | | | | | |
| その他 | | | | | | | | |
| 血液検査値 | 赤血球数 | | アルブミン | | ナトリウム | | BUN | |
| | 白血球数 | | GOT | | カリウム | | CRP | |
| | 血小板数 | | GPT | | クロール | | 空腹時血糖 | |
| | 採血日 | | ALP | | カルシウム | | | |
| | 年 月 日 | | LDH | | 総ビリルビン | | ヘモグロビンA1C | |
| | | | アミラーゼ | | クレアチニン | | | |
| 上記のとおり報告します | | | 平成 年 月 日 | | | | | |
| 住所 | | | | | | | | |
| 医療機関名 | | | | | | | | |
| 医師名 | Ⓜ | | | | | | | |