

百ねん庵 楠 健康診断書

書式-4

氏名			男・女	明・大・昭	年	月	日()	歳
住所								
身長	cm		体重	kg		血压	~ mmHg	
視力	右 (.)	左 (.)	眼疾	無・有()				
聴力	右	左	言語障害	無・有()				
結核性疾患	胸部X線像(3ヶ月以内のもの) 所見 H 年 月 日撮影 直接・間接			尿検査	蛋白()ウロビリノーゲン() 糖() 潜血()			
				皮膚疾患	無・有()			
				褥瘡	無・有()			
				義歯	無・有()			
				泌尿器系	無・有()			
異常有・無			精神系	無・有()				
感染症	緑膿菌()疥癬() その他() 腸管系伝染病病原菌 異常 無・有()			四肢運動機能				
検査	HB抗原	()	梅毒反応	()	ECG			
	HB抗体	()	BUN	()	既往歴			
	HCV抗体	()	クレアチニン	()				
	白血球	()	HbA _{1c}	()				
	赤血球	()	CRP	()				
	ヘモグロビン	()	Na	()				
	ヘマトクリット	()	K	()	認知症			
	GOT	()	Cl	()				
	GPT	()	TG	()				
	TP	()	T-cho	()				
検査日	平成		年	月	日			
現在治療中の病名				現在の治療及び投薬内容				
該当の番号に○を付けて下さい				入浴の注意事項	(入浴の際に注意すべき事項を記入して下さい)			
1. 健康 3. 投薬が必要								
2. 治療の必要なし 4. 通院治療が必要								
健康所見(異常ありの場合は、集団生活で配慮すべき点などを記入して下さい)								
上記のとおり診断します								
住所								
平成 年 月 日				医療機関名				
				担当医師名				
								印