

百ねん庵 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 | | | | | | | | | |
| 平成 年 月 日 | | | | 住所 | | | | | |
| | | | | 医療機関名 | | | | | |
| | | | | 担当医師名 | | | | | |
| | | | | 印 | | | | | |