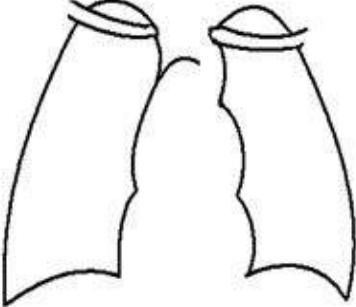


# 健 康 診 断 書

介護老人保健施設 宮沢の里はなもも苑 提出用

フリガナ 氏名		男 女	生年月日 年 月 日 (歳)	大正・昭和
住所	TEL - - -			

病名		既往歴	
症状経過		処方内容	

(身長: cm) (体重: kg) (血圧: / mmHg) (脈拍: 回／分)					
検査所見【検査日 年 月 日】					胸部レントゲン【撮影日 年 月 日】
尿	蛋白	- ± + ++ +++	血算 生化学	赤血球	
	糖	- ± + ++ +++		白血球	
	潜血	- ± + ++ +++		血小板	
感染症	H B s	抗原( ) 抗体( )		ヘモグロビン	
	H C V	抗体 - +		ヘマトクリット	
	疥癬	- + 部位( )		G O T	
皮膚疾患(含褥瘡)	無・有( )	G P T			
眼科 疾患	無・有( )	クレアチニン			
視力 障害	無・有( )	L D H			
聴力 障害	無・有( )	血 糖			
アレルギー(食物・薬)	無・有( )	尿 素 硝 素			
麻痺	無・有( )	A L B			
特記事項					<input type="checkbox"/> 異常認めず <input type="checkbox"/> 所見あり( ) <input type="checkbox"/> 治療不要 <input type="checkbox"/> 要経過観察 <input type="checkbox"/> 要治療 <input type="checkbox"/> 要再検査(か月後) 結核の既往 無・有(歳)
					心電図所見(3か月以内)

※ この他に疾患に基づく検査データがありましたら添付してください。

医療機関名

所在地

上記のとおり、診断いたします。

年 月 日

医師氏名

印