

介護老人保健施設エスポワール大原 健康診断書

※全項目のご記入をお願いします。 検査日 . . .

| | | | | | | | | | | |
|---------------------|----------|-----------------|----|--------------|-----|--------------------|---------------------------|---|---------------------------|---------------|
| ふりがな | | 性別 | | 明治・大正・昭和 | | 感染性疾患 | 結核 検査日 . . . (- ・ +) | | HCV抗体 検査日 . . . (- ・ +) | |
| 氏名 | | 男 女 | | 年 月 日生 (歳) | | | 梅毒 検査日 . . . (- ・ +) | | MRSA 検査日 . . . (- ・ +) | |
| 住所 | | 電話 () | | | | | HBs抗原 検査日 . . . (- ・ +) | | 疥癬 検査日 . . . (- ・ +) | |
| 全身状態 | | 身長 | cm | 体重 | kg | BMI | | | | |
| 主病名 | | | | 発症日 | | 高次脳機能障害 (失語症含む) 所見 | | (有 ・ 無) | | 皮膚所見 (褥創・湿疹等) |
| 既往歴 | | | | | | 言語障害所見 | | | | 聴力障害所見 |
| 脈拍 | | 回 整 ・ 不整 | | 血圧 | | | | | | 視力障害所見 |
| 胸部レントゲン所見 検査日 . . . | | 異常あり ・ 異常なし [] | | 特記事項 | | 精神状態所見 | | 慢性中毒症状・精神症状・睡眠障害・問題行動等ありましたらご記入ください。 | | |
| 心電図所見 検査日 . . . | | 異常あり ・ 異常なし [] | | 特記事項 | | 精神状態所見 | | 認知症状の有無 (有 ・ 無) 有の場合の日常生活自立度 : 自立 ・ I ・ IIa ・ IIb ・ IIIa ・ IIIb ・ IV ・ M | | |
| 血算 | 白血球 | | | | 生化学 | 肝機能 | GOT | | | |
| | 赤血球 | | | | | | GPT | | | |
| | ヘモグロビン | | | | | | 総コレステロール | | | |
| | ヘマトクリット | | | | | | 中性脂肪 | | | |
| 血小板 | | | | HDL-Cho | | | | | | |
| 検査日 . . . | | | | LDL-Cho | | | | | | |
| 尿検査 | 蛋白 | | | | 腎機能 | BUN | | | | |
| | 糖 | | | | | クレアチニン | | | | |
| | ウロビリノーゲン | | | | | アルブミン | | | | |
| | ビリルビン | | | | | Na | | | | |
| 検査日 . . . | | | | 代 | | Cl | | | | |
| PH | | | | 謝 | | K | | | | |
| 血糖 (随時) | | 空腹時又は h後 | | 検査日 . . . | | HbA1c | | (糖尿病の方のみ) | | |
| | | | | | | | | 現在の投薬状況 | | |
| | | | | | | | | 上記のとおり診断いたします。 | | |
| | | | | | | | | 年 月 日 | | |
| | | | | | | | | 所在地 医療機関名 | | |
| | | | | | | | | 医師 | | |