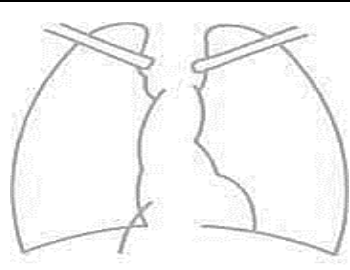


# ウエルガーデンみずほ台 健康診断書

フリガナ			男・女	明 大 昭					歳		
氏名				年	月	日生					
病歴(診断名)											
現在の治療状況											
既往歴											
身長		体重		血液型		血圧					
cm		kg		型		~ mmHg					
(3か月以内)検査結果 ※データ添付の場合は未記入でも構いません。											
尿検査	糖 ( - ± + )			蛋白 ( - ± + )			潜血 ( - ± + )				
血液検査	尿素窒素			mg/dl	総コレステロール			mg/dl			
	クレアチニン			mg/dl	中性脂肪			mg/dl			
	尿酸			mg/dl	白血球数			千/mm <sup>3</sup>			
	Na			mEq/l	赤血球数			万/mm <sup>3</sup>			
	K			mEq/l	ヘマトクリット			%			
	Cl			mEq/l	血小板数			万/mm <sup>3</sup>			
	アルブミン			g/dl	総蛋白			g/dl			
	AST(GOT)			IU/l	血糖			mg/dl			
	ALT(GPT)			IU/l	HbA1c			%			
	γ-GTP			IU/l							
心電図所見 1. 異常あり 2. 異常なし (留意事項)				胸部エックス線撮影 1. 異常なし 2. 要観察 3. 要加療 上記2. 3の場合 (疾患名・留意事項)							
現在処方されている薬剤(外用薬他含む)											
アレルギーの有無	薬剤	有・無・不明 有の場合( )			食べ物	有・無・不明 有の場合( )					

※裏面もあります。

感染症	MRSA	鼻腔( -・+・+・+・+・+ ) 鼻腔以外での既往( -・+・+・+・+・+ )		
	肝炎	HBs抗原( -・+ )HCV抗体( -・+ )		
	皮膚疾患	有・無	※褥瘡(部位 )	
			※湿布(部位 )	
	疥癬	( -・+・既往有 )	梅毒	TPHA( -・+ )
	緑膿菌	( -・+・+・+・+・+ )	ESBL	( -・+・+・+・+・+ )
	結核性疾患	有・無		
その他の感染症疾患の有無 ( -・+ ) (+)の場合その疾患名				

※以下に関してはお分かりになる範囲でご記入願います。

認知症の程度	無・軽度・中程度・重度 (長谷川式 点)		
問題行動	有・無 (徘徊・幻覚・妄想・攻撃的行為・昼夜逆転・その他)		
身体判定	<input type="checkbox"/> ランクJ <input type="checkbox"/> ランクA <input type="checkbox"/> ランクB <input type="checkbox"/> ランクC		
認知症判定	<input type="checkbox"/> ランクI <input type="checkbox"/> ランクII <input type="checkbox"/> ランクIII <input type="checkbox"/> ランクIV <input type="checkbox"/> ランクM		
ワクチン接種	コロナワクチンの接種の有無	有・無	有の場合 回目 薬剤名 接種日時 年 月 日
	インフルエンザワクチンの接種の有無	有・無	有の場合 接種日時 年 月 日

診断の結果、本書の通り相違ない事を証明します。

ご住所

TEL/FAX

医療機関名

医師名

印

記載日 年 月 日 記載

※本診断書は3ヶ月以内の診察結果を基に記載をして下さい。

