

# 健康診断書

作成日: 令和 年 月 日

検査日: 年 月 日		検査日: 年 月 日		検査日: 年 月 日		
身体所見	身長	cm	WBC			
	体重	kg	RBC			
	血圧	mmHg	Hb			
	視力	右	裸眼	Ht		
			矯正	PLT		
	聴力	左	裸眼	検査日:平成 年 月 日		
		矯正	糖	— ± 1+ 2+ 3+		
		尿定性	蛋白	— ± 1+ 2+ 3+		
			潜血	— ± 1+ 2+ 3+		
				TP	Na	
				ALB	K	
				GOT	Cl	
				GPT	Tcho	
				γ GTP	HDL-cho	
				BUN	TG	
				CRE	BS (空腹時)	
				UA	HbA1C	
				*BS(空腹時)とHbA1Cはどちらか一方で可		
特記事項		心電図: 年 月 日		□ 正常 (脈拍 /分) □ 異常 (具体的所見へ)		
認知機能: 年 月 日		状況 □ 正常 : □ 障害有		具体的所見		
HDS-R /30 MMSE /30 どちらでも可		問題行動 □徘徊・□暴言・□暴行・□不潔行為・□異食行為 □性的逸脱・□収集癖・□その他( )		胸部X線 撮影日: 年 月 日		
精神症状 □不安:焦燥・□不眠・□抑うつ □幻視・□幻聴・□妄想・□不穏 □記憶力障害・□見当識障害・□せん妄		所見 (具体的状態をわかり易く記載下さい)		所見		
		.		.		
		.		.		
		.		.		
				(CTR: % )		
				結核の既往: 無 有		
				開放性結核: 無 有		
運動機能: 年 月 日		頭部CT 撮影日: 年 月 日		□ 所見なし □ 所見有り(具体的所見へ)		
利き手 □ 右手 □ 左手		麻痺 無 有 部位:		具体的所見		
易転倒性 無 有		嚥下障害 無 有		.		
構音障害 無 有		失禁 無 有 □尿・□便:		.		
褥瘡 無 有 部位:		拘縮 無 有 部位:		.		
心身状態: 年 月 日 (*印:別表参照下さい)		腰椎X線 撮影日: 年 月 日		□ 所見なし □ 所見有り(具体的所見へ)		
*障害老人の日常生活自立度 正常 J1 J2 A1 A2 B1 B2 C1 C2		圧迫骨折 (無・有・粉碎骨折) 骨粗鬆化 (無・疑い・有) 大動脈石灰化 (無・有)		所見		
*痴呆老人の日常生活自立度 正常 I IIa IIb IIIa IIIb IV M				.		
短期記憶 □問題なし □問題あり		HBs抗原: □陰性 □陽性 (HBs抗原陽性時の追加検査) TPHA : □陰性 □陽性		疥癬: □陰性 □陽性		
自分の意思決定を行う為の認知能力 自立 いくらか困難 見守りが必要 判断できない		HBe抗原: □陰性 □陽性 HCV抗体: □陰性 □陽性		MRSA : □陰性 □陽性		
自分の意思の伝達能力 伝えられる いくらか困難 具体的要求に限られる 伝えられない		HBs抗体: □陰性 □陽性				
鶴の苑使用欄 (記入しないで下さい)		令和 年 月 日		判定		
総合所見欄		ご家族様のご要望など		□ 可 □ 否		

# 診療情報提供書

フリガナ		<input type="checkbox"/> 明治・ <input type="checkbox"/> 大正・ <input type="checkbox"/> 昭和			<input type="checkbox"/> 男	
氏名	様	年	月	日生	<input type="checkbox"/> 女	歳

診断						
1	疾患名		発症	年	月	日頃
2	疾患名		発症	年	月	日頃
3	疾患名		発症	年	月	日頃
4	疾患名		発症	年	月	日頃
5	疾患名		発症	年	月	日頃
6	疾患名		発症	年	月	日頃

現病歴 (治療内容及び経過)	現在の処方内容

既往歴									
1	疾患名		発症	年	月	日頃	手術	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有
2	疾患名		発症	年	月	日頃	手術	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有
3	疾患名		発症	年	月	日頃	手術	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有
4	疾患名		発症	年	月	日頃	手術	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有
5	疾患名		発症	年	月	日頃	手術	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有
6	疾患名		発症	年	月	日頃	手術	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有

アレルギー歴 : 無 有 (薬物: 食物: )

特記事項(他医院への受診歴も具体的に記載ください)	医療装具	
	<input type="checkbox"/> HOT(在宅酸素)	<input type="checkbox"/> 胃ろう
	<input type="checkbox"/> 尿道留置カテーテル	<input type="checkbox"/> 経鼻経管栄養
	<input type="checkbox"/> 心臓ペースメーカー	<input type="checkbox"/> IVH(ポート <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有)
	<input type="checkbox"/> 人工肛門	<input type="checkbox"/> 気管カニューレ
	<input type="checkbox"/> その他( )	

令和 年 月 日 干 一

医療機関

所在地

名称

電話番号

FAX番号

診療科目

医師名