

健康診断書

(個人情報取扱注意)

ふりがな 氏名		性別	年 月 日 生れ
住所			
身長	cm	体重	kg
血液検査	ワ氏反応	()	
	HBs	抗原()	抗体()
	HCV抗体	()	
検尿	蛋白()	潜血()	糖() ウロビリノーゲン()
伝染性疾患	疥癬	有 ・ 無 * 疑われる初見ある場合	
	MRSA	陽 ・ 陰 (摂取部位:) * 感染の疑いあるときのみ	
既往歴			
現在の病名 治療経過			
投薬状況			
胸部X線	コメント:		
			
	令和 年 月 日実施	※未実施時は自覚所見、他の検査所見より呼吸器疾患の有無に付きコメント下さい。	
障害高齢者の日常生活自立度(寝たきり度): <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> J1 <input type="checkbox"/> J2 <input type="checkbox"/> A1 <input type="checkbox"/> A2 <input type="checkbox"/> B1 <input type="checkbox"/> B2 <input type="checkbox"/> C1 <input type="checkbox"/> C2			
認知症高齢者の日常生活自立度: <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> IIa <input type="checkbox"/> IIb <input type="checkbox"/> IIIa <input type="checkbox"/> IIIb <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> M			
精神(認知症等)の状況	精神症状	有 ・ 無	
	①認知症 記憶障害	軽度 中度 重度	②心気症状 ⑦幻覚 ⑪その他 ()
		③不安 ⑧妄想	④焦燥 ⑤抑うつ状態 ⑥興奮 ⑩睡眠障害
総合所見			
上記の通り診断する。 年 月 日			
	医療機関	所在地	名称
			医師氏名
			印