

健康診断書

申請中	(新規・更新中・区分変更)
介護度	(要支援・1・2・3・4・5)

ふりがな 氏名	男・女	生年月日	明・大・昭	年	月	日	歳
------------	-----	------	-------	---	---	---	---

病名 及び 発症年月日 1. 2. 3. 4. 5.	血压	体重	身長
	/	kg	cm
既往歴 及び 発症年月日 1. 2. 3. 結核の既往 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	現在の処方内容 (点眼薬も含む)		
現在の病気の経過	感染症 検査日 年 月 日 (実際に検査を行った日付)		
	HBs抗原()HCV抗体() 梅毒 ガラス板法 又は 凝集法() MRSA 部位()()TPHA() その他感染症()		
心身の状態	尿検査 検査日 年 月 日 蛋白() 糖() 潜血()		
	血液生化学 検査日 年 月 日		
心身の状態	障害性老人の日常生活自立度 (自立・J1・J2・A1・A2・B1・B2・C1・C2)	白血球数	総蛋白
	認知症老人の日常生活自立度 (自立・I・IIa・IIb・IIIa・IIIb・IV・M) (参考)長谷川式簡易認知症スケール()点 検査日 年 月 日	赤血球数	アルブミン
身体の状態	視力障害 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()	ヘマトクリット	尿素窒素
	聴力障害 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()	血小板数	クレアチニン
身体の状態	言語障害 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()	総コレステロール	AST(GOT)
	知覚障害 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()	血糖()	ALT(GPT)
身体の状態	麻痺 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (<input type="checkbox"/> 軽 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 重)	⇒糖尿病の場合 HbA1c()	
	<input type="checkbox"/> 右片麻痺 <input type="checkbox"/> 左片麻痺	血色素量()	
身体の状態	<input type="checkbox"/> 四肢麻痺 <input type="checkbox"/> 両下肢麻痺	⇒10g/de以下、MCV 80以下の場合	
	<input type="checkbox"/> その他()	①血清鉄、TIBC () ()	
身体の状態	関節の拘縮 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	②フェリチン ()	
	肩関節 <input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左 股関節 <input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左	①②いずれかを検査して下さい	
身体の状態	肘関節 <input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左 膝関節 <input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左	胸部X線写真 検査日 年 月 日	
	アレルギー <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	心胸郭比()%	
身体の状態	<input type="checkbox"/> 薬物() <input type="checkbox"/> 食物()	所見	
	皮膚疾患(含 褥瘡) <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有()	結核検査:検痰 塗末法()痰培養()	
身体の状態	疥癬 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有()	心電図 検査日 年 月 日	
		心拍数()	
医師の総合判定			
所在地 年 月 日			
名称		医師名	