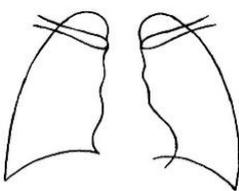


# 施設利用（申請）時健康診断書

フリガナ		<input type="checkbox"/>	男	<input type="checkbox"/>	大正	<input type="checkbox"/>	昭和	<input type="checkbox"/>	西暦		
氏名		<input type="checkbox"/>	女	年	月	日				歳	
住所	〒										
主病名	1	発症年月日		年	月	日	頃				
	2	発症年月日		年	月	日	頃				
	3	発症年月日		年	月	日	頃				
認知症の有無 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( )											
既往歴											
X線所見	撮影日 (令和 年 月 日)							心電図			
	<input type="checkbox"/> 所見なし <input type="checkbox"/> 所見あり							<input type="checkbox"/> 所見なし <input type="checkbox"/> 所見あり			
身長	cm	体重	kg	HBs抗原 ( )							
血圧	/	mmHg	脈	/	分	<input type="checkbox"/> 整	<input type="checkbox"/> 不整	HCV抗原 ( )			
尿検査	蛋白 ( )	糖 ( )	潜血 ( )								
採血日		年 月 日									
白血球 (WBC)	/μl	総蛋白 (TP)	g/dl								
赤血球 (RBC)	万/μl	アルブミン (ALB)	g/dl								
ヘモグロビン	g/dl	AST (GOT)	U/l								
血小板数	万/μl	ALT (GPT)	U/l								
Na	mEq/l	γ-GTP	U/l								
K	mEq/l	CRP	mg/dl								
Cl	mEq/l	空腹時血糖	mg/dl								
BUN	mg/dl	HbA1C	%								
CRE	mg/dl	尿酸	mg/dl								
障害高齢者の日常生活自立度		<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									
特記事項											

上記の通り診断いたします。

医療機関名

所在地

医師氏名

Ⓜ

年

月

日

特別養護老人ホーム エコトピア酒々井

千葉県印旛郡酒々井町本佐倉352-2 Tel 043-496-1910

R.5.5.13