健 康 診 断 書

特別養護老人ホーム　らくらく苑

氏名	フリガナ	男・女	生年月日	明・大・昭　　年　月　日	
現住所	〒 TEL　　－				
身長	cm	体重	kg	血圧	／
視力	良 ・ やや不良 ・ 不良	聴力	良 ・ やや不良 ・ 不良		
胸部 腹部	特記すべきもの	心臓 （心電図）	特記すべきもの		
能神経系	特記すべきもの				
既往症及び発症の年月日					

現症に対する総合所見	・現疾患名 ・処　置　　① 要通院治療　　② 治療継続　　③ 必要としない ・治療の内容

心身障害の認定	障害名（　　）障害の程度（　　） 大正　昭和　平成　年　月　日　（ 推定 ・ 不詳 ）							
日常生活自立度	寝たきり度	J ・ A1 ・ A2 ・ B1 ・ B2 ・ C1 ・ C2						
	痴呆の状況	Ⅰ ・ Ⅱa ・ Ⅱb ・ Ⅲa ・ Ⅲb ・ Ⅳ ・ M						
問題行動等特記事項								

血液検査 月　日 （3ヶ月以内）	GOT	IU/L	クレアチニン	mg/dl
	GPT	IU/L	総タンパク	g/dl
	γ-GTP	IU/L	血糖	mg/dl
	総コレステロール	mg/dl	白血球数	/mm3
	総ビリルビン	mg/dl	赤血球数	万/mm3
	中性脂肪	mg/dl	ヘモグロビン	g/dl
	尿素窒素	mg/dl	ヘマトクリット	%
	尿酸	mg/dl	血小板数	万/mm3

伝染性疾患	梅毒関係	梅毒反応（定性・定量）　ガラス板法（　　）　TPHA（　　） （＋の場合・感染の可能性：有・無） その他		
	赤痢関係	細菌培養検査（　　） その他		
	B型肝炎	HBS抗原（　　）	C型肝炎	HCV抗体（　　）
	MRSA感染症に関する所見			
	結核関係	X線写真所見　異常：有・無 （ 直接 ・ 間接 ） 年　月　日 撮影	皮膚疾患	□ 無　□ 有 疥癬（部位　　） 湿疹（部位　　） 褥瘡（部位　　） その他（　　）
	＊ 喀痰	TB菌　（ 有 ・ 無 ）		
その他の検査及び特記事項				

上記のとおり診断します。

年　月　日

医療機関＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

住　所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

医師名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　印