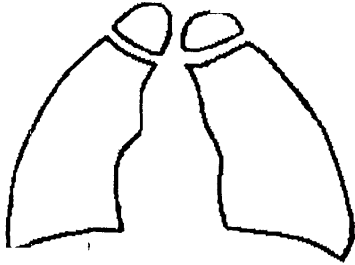


# 健康診断書（入居用）

|                                     |   |                  |  |     |       |
|-------------------------------------|---|------------------|--|-----|-------|
| (ふりがな)<br>氏名                        |   | 男・女              | 明治 大正 昭和 年 月 日生<br>( 歳)  |     |       |
| 住所                                  |   |                  |  |     |       |
| 既往歴                                 |   |                  | 現病   |     |       |
| 投薬内容                                |   |                  |  |     |       |
| 体格                                  | 身長          cm          体重          kg                              | X<br>線<br>所<br>見 | 令和 年 月 日   |     |       |
| 栄養                                  |   |                  |  |     |       |
| 皮膚状態<br>褥瘡など                        |   |                  |  |     |       |
| 血圧                                  | /          mmHg   |                  |  |     |       |
| 検尿                                  | 糖(          )          蛋白(          )          ウロビリノーゲン(          ) |                  |  |     |       |
| 血液検査                                | 検査日：          年          月          日          ※HbA1cは糖尿病の方のみ       |                  |  |     |       |
|                                     | TP  | Alb              | GOT  | GPT | BUN   |
|                                     | CRE   | T.Chl            | TG   | FBS | HbA1c |
|                                     | WBC   | RBC              | Hb   | Ht  |       |
| 感染症                                 | HBS抗原 ( - ・ + )          HCV ( - ・ + )                              |                  | TPHA ( - ・ + )   |     |       |
|                                     | MRSA(          )          部位(          )                            |                  | 疥癬 ( 無 ・ 有 )          時期:  |     |       |
| 四肢及び<br>運動機能障害                      |   |                  |  |     |       |
| 入所に関する<br>理学的所見                     |   |                  |  |     |       |
| 上記のとおり診断します。                        |   | 医療機関名            |  |     |       |
| 令和          年          月          日 |   | 所在地              |  |     |       |
|                                     |   | 医師名              |  |     |       |
|                                     |   | (印)              |  |     |       |