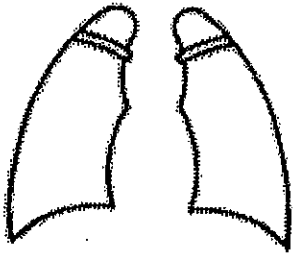


健康診断書

第二慈母園

氏名				男・女	明治・大正・昭和 年 月 日生				年齢	歳	
現住所	〒 - -						電話	- -			
身長	cm		体重	kg		血圧	/ mmHg		脈拍	整・不整 () 拍/分	
視力	右	裸眼	矯正	()		聴力	右			血液型	A・B・O・AB
	左	裸眼	矯正	()			左				Rh - ・ +
血液	AST	IU/l		ALT	IU/l		TG	mg/dl		アルブミン	g/dl
	血糖	mg/dl		HbA _{1c}			%	HDL	mg/dl		
	Cr	mg/dl		BUN			mg/dl	LDL	mg/dl		
	WBC	千/ μ l		RBC	万/ μ l		Hb	g/dl		Ht	%
検尿	蛋白 (- 1+ 2+ 3+)			潜血 (- 1+ 2+ 3+)			糖 (- 1+ 2+ 3+)				
胸部X線 						心電図			HBS (- ・ +)		
									HCV (- ・ +)		
						平成 年 月 日検査		結核 (- ・ +)			
								梅反 (- ・ +)			
						①歩行の状態		<input type="checkbox"/> 独歩 <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 車椅子			
						②食事行為		<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 不良 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助			
						③意思疎通		<input type="checkbox"/> 可能 <input type="checkbox"/> 有る程度可能 <input type="checkbox"/> 不可能			
既往症											
現病歴及び投薬内容											

上記のとおり診断します。

年 月 日

医療機関名
住 所

電 話

医師氏名

FAX

㊞