

# 健康診断書

フリガナ			性別	明・大・昭		
氏名			男・女	生年月日	年 月 日 ( 歳)	
住所	〒( )-( )			電話 ( )		
				身長( )cm	体重( )Kg	
既往歴(発症時期・症状経過)						
認知症	無・有 ( )					
認知症・言行動の問題点						
現 症	病 名					
	一般状態		脈拍 ( )回/分 血圧( )mmHg			
			視診 ( )			
	検 尿		蛋白( ) 糖( ) 潜血( )			
	伝 染 性 疾 患	血 液		B型肝炎:HBS抗原( ) HBS抗体( )		
				C型肝炎:HCV抗体( ) ワッセルマン反応( )		
				コレステロール( ) 中性脂肪( ) 血糖値( )		
				GOT( ) GPT( ) BUN( )		
				赤血球( ) 白血球( ) 尿酸値( )		
		皮 膚		水虫 : 無・有( ) 疥癬 : 無・有( )		
				褥瘡 : 無・有( )		
				その他病名( )		
		結核性疾患等 (既往含む)		ECG( )		
				胸部X-P( )		
アレルギー(薬物・食品等)		無・有( )				
入浴の可否(留意点等)		可・否( )				
移送の可否(留意点等)		可・否( )				
聴力障害	無・有 ( )		補聴器 (使用・未使用)			
視力障害	無・有 ( )		眼鏡 (使用・未使用)			
言語障害	無・有 ( )		失語(有・無)・麻痺 (有・無)			
上記の通り診断します。 年 月 日 所在地 医療機関名 医師氏名 印						