

健康診断書

フリガナ			性別	生年月日		年齢					
お客様			男・女	M・T・S	年	月	日	歳			
身長	cm (測定日 年 月)		感染症	結核既往 (有・無)							
体重	kg (測定日 年 月)			B型肝炎HBs抗原 (陽性・陰性)							
血圧	／ mmHg	参考値 150～100/90～60 mmHg		B型肝炎HBs抗体 (陽性・陰性)							
				C型肝炎HCV抗体 (陽性・陰性)							
脈拍	回／分 正常・異常()			MRSA (＋・－)							
胸部XP	正常・異常()			梅毒 (陽性・陰性)							
心電図	正常・異常()			疥癬 (有・無)							
尿 検 一 般	測定値		参考値					既往歴			
	糖 ()	(－) 200mg／日以下									
	蛋白 ()	(－) 100～150mg／日以下									
	潜血 ()	(－) 陰性									
	ケトン ()	(－) 陰性									
血 液 検 査	白血球		3200～8500／ μ l					現病歴			
	赤血球		男400～539 女360～489 μ l								
	CRP		0.5mg／dl以下								
	ヘマトクリット		男38.0～48.9 女34.0～43.9%								
	ヘモグロビン		男13.0～16.6 女11.4～14.6／dl								
	γ -GTP		～55								
	GOT		5～35KU／l								
	GPT		5～35KU／l								
	HbA1c		4.3～5.8%								
	血糖		110mg／l以下								
	尿素窒素		8～20mg／dl								
	クレアチニン		男～1.1 女～0.8mg／dl								
	TP		6.5～8.3								
	アルブミン		3.8～5.1g／dl								
血液型		RH(＋・－)					認知症の有無				
総 合 所 見	認知症高齢者の日常生活自立度		自立	I	II a	II b	III a	III b	IV	M	
	障害高齢者の日常生活自立度		自立	J1	J2	A1	A2	B1	B2	C1	C2
	入居に際しての諸注意をご記入ください。		〔 内服薬・栄養状態・生活に関してご記載ください。 内服薬に関しましては、お薬手帳でも結構です。 〕								
病院名 所在地 連絡先			診断書記入日 令和 年 月 日 担当医師 _____ 印								

※検査項目と内容を網羅するものであればこの帳票に限るものではありません。社会福祉法人 フルホープ