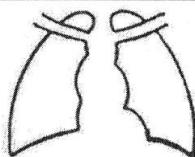


健 康 診 断 書

社会福祉法人 清翔会
特別養護老人ホーム 清栄なでしこ荘

(フリガナ) 氏名: (男・女)		生年月日 年 月 日 (歳)		
現住所: (住民票住所) Tel: ()				
【病名】		【内服薬】		
【既往歴】		他医処方 (なし・あり・不明)		
身体機能 (寝たきり度) <input type="checkbox"/> 歩行可(見守レベル) <input type="checkbox"/> 車イス座位保持可(一部介助レベル) <input type="checkbox"/> ベッド上生活(全介助レベル) 認知症 (なし・あり) 具体的にわかれば記入 <input type="checkbox"/> 記憶障害 <input type="checkbox"/> 見当識障害 <input type="checkbox"/> 失行・遂行機能障害 <input type="checkbox"/> 暴力・暴言・介護への抵抗 <input type="checkbox"/> 幻覚・妄想 <input type="checkbox"/> 抑うつ <input type="checkbox"/> その他()				
身体計測	身長: cm	体重: kg	血圧: / mmHg	
尿検査 (採尿不可・採尿可)	尿糖 (-, 土, +, ++, +++) 尿タンパク (-, 土, +, ++)		皮膚疾患 (なし・あり・不明) 部位・診断名等()	
胸部X-P 特記すべき異常所見 (なし・あり)			心電図 (正常範囲・異常所見あり)	
血液検査	WBC: /mm ³	アルブミン: g/dl	GOT: IU/l	Na: mEq/l
	RBC: 万/mm ³	BUN: g/dl	GPT: IU/l	K: mEq/l
	Hb: g/dl	クレアチニン: mg/dl	γ-GTP: IU/l	Cl: mEq/l
	血小板: 万/mm ³	尿酸: mg/dl	血糖: mg/dl	HbA1c: %
感染症	RPR・TPHA (-, 土, +)	HBs抗原 (-, 土, +)	HBs抗体 (-, 土, +)	HCV抗体 (-, 土, +)
* 施設利用に際しての医学的ご意見・注意点などあれば記載してください。			* その他の血液検査(特記事項があればご記入ください) コレステロール値、甲状腺検査、Fe、CRPなど	

令和 年 月 日 医療機関 所在地

名 称

医 師 (印)