

介護老人保健施設 エスポワール岬 健康診断書			
ふりがな			性別 大正 ・ 昭和
氏 名			男 年 月 日生(歳)
			女
住 所			電 話 ()
主 病 名			発症日
既 往 歴			
身長 :	体重 : kg	血圧: /	脈拍: 回 : 整 ・ 不整
心電図所見 検査日	異常あり ・ 異常なし [特記事項] * 異常の有無にかかわらずコピーの添付をお願い致します。		
胸部レントゲン所見 検査日	異常あり ・ 異常なし [特記事項]		
	結核の既往: あり ・ なし [特記事項]		
皮膚所見 検査日	疥癬 : あり ・ なし [特記事項]		
	その他皮膚疾患: 皮膚科医による診断 : あり ・ なし		
HBs抗原 : 検査日 . . . (一 ・ 十)		HCV抗体 : 検査日 . . . (一 ・ 十)	
MRSA既往 : あり(部位) ・ なし ・ 未検		梅毒 : あり ・ なし ・ 未検	
視覚障害所見:		聴力障害所見:	言語障害所見:
精 神 状 態 所 見	認知症症状・慢性中毒症状・精神症状・睡眠障害・問題行動等ありましたらご記入下さい。		
	認知症症状の有無 (有 ・ 無) 有の場合の日常生活自立度 : 自立 ・ I ・ IIa ・ IIb ・ IIIa ・ IIIb ・ IV ・ M		
* 処方内容について添付をお願い致します。			
上記のとおり診断いたします。 年 月 日 所 在 地 医療機関名 医 師			

*** 血液検査 :** ・血算(白血球・赤血球・ヘモグロビン・ヘマトクリット・血小板)
・生化学:肝機能(AST・ALT・総コレステロール・中性脂肪・HDL-Cho・LDL-Cho)
腎機能(BUN・クレアチニン)
代謝(アルブミン・Na・Cl・K)

*** 尿検査 :** 蛋白・糖・ウロビリノーゲン・ビリルビン・PH

*** 血糖 :** 糖尿病の方のみHbA1Cお願いいたします

*** 上記について検査データ添付をお願い致します。**