

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	明治・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 . . . (- ・ +)	HCV抗体 : 検査日 . . . (- ・ +)		
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・腎機能・代謝)
・血糖(糖尿病の方のみHbA1Cお願いいたします。)

* 尿一般

* 上記について検査データ添付をお願い致します。