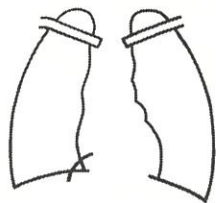


介護保険サービス利用健康診断書

フリガナ		男 ・ 女	住所	
氏名				
生年月日	M・T・S 年 月 日 (歳)	電話番号	()	
現在治療中の疾患名		(発病年月日)		
1		(S・H・R)	年 月 日	
2		(S・H・R)	年 月 日	
3		(S・H・R)	年 月 日	
既往歴		現病歴の経過		
胸部X線所見(概ね1年以内のもの 市の検診のものでも可) 撮影日 年 月 日 異常 なし・あり 特記事項 		現在の処方・処置		
		その他現病の注意事項		
心電図所見(概ね1年以内のもの 市の検診のものでも可) (検査日 年 月 日)				
感染症 (検査日 年 月 日)	HBs抗原 (-・+)	HCV抗体 (-・+)	MRSA(鼻腔) (-・+)	梅毒検査(RPR又はTPHA) (-・+)
皮膚感染症(疥癬等) (-・+)	薬物アレルギー 無・有 ()	現病	寝たきり度 自立・J1・J2・A1・A2・B1・B2・C1・C2	認知症度 自立・I・IIa・IIb・IIIa・IIIb・IV・M
	カテーテル (無・有 部位)		褥瘡 (無・有 部位)	
血液検査 (検査日 年 月 日)		BS mg/dl	HbA1c(糖尿病の方) %	
WBC /μl	Hb g/dl	血小板 ×10 ⁴ /μl		
ALB g/dl	BUN mg/dl	Cr mg/dl		
Na mEq/l	K Eq/l	T-Chol mg/dl		
AST(GOT) IU/l	ALT(GPT) IU/l	CRP mg/dl		
令和 年 月 日				
医療機関	所在地			
	名称			
	電話			
	医師氏名	印		