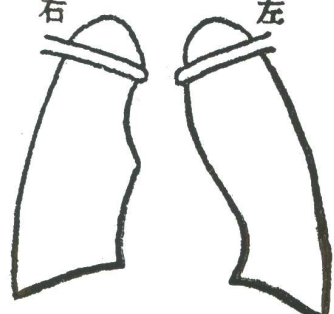


# 健康診断書

介護老人保健施設 東山ハイツ

氏名	男女	生年月日	T・S	年	月	日生
住所						
電話 ( )						
診断名						
既往歴						
現病歴				治療及び投薬内容		
機能障害 (有・無) 部位 :						
認知症 (有・無)						
食事摂取 (経口・経管・胃瘻) 特別食 (糖尿病食・減塩食・その他: )						
心電図						
感染症及びその他の検査						
TPHA (陽性・陰性) 疥癬 (+・-) MRSA (陽性・陰性) 部位 : HBs抗原 (+・-) HCV抗体 (+・-) 血液型 : Rh ABO ( )型 尿所見 : 蛋白 (+・-)・糖 (+・-)・潜血 (+・-) 血圧 : / mmHg 脈拍数 : / mim ノロウイルス (陽性・陰性)				胸部X-P 右 左 		
血液検査						
白血球数		赤血球数		ヘマトクリット		ヘモグロビン
総蛋白		GOT		GPT		γ-GTP
空腹時血糖		HbA1C		クレアチニン		尿素窒素
血清アルブミン		HDL		LDLコレステロール		TG
ALP		尿酸		CRP定量		ANA
上記の通り診断する						
H 年 月 日 住所						
氏名 印						

※各検査項目及び心電図・胸部X線所見は、最近3ヶ月以内の検査結果に基づきご記入ください。