

健康診断書

氏名	フリガナ		男・女	生年月日			
				明・大・昭	年	月	日
現住所	〒		Tel ()		—	年齢	歳
既往症及び発症の年月日	入院の経緯						
理学的所見							
身長	cm	体重	kg	血压	/		
視力	良・やや不良・不良		皮膚病	無有 (疥癬 -・+)			
聴力	良・やや不良・不良			有 (その他)			
検尿	糖 (-・+)		蛋白 (-・+)		潜血 (-・+)		
血液検査	〔検査年月日：令和 年 月 日〕						
	G O T () IU/L		クレアチニン () mg/dl				
	G P T () IU/L		総タンパク () g/dl				
	γ-G T P () IU/L		血糖 () mg/dl				
	総コレステロール () mg/dl		白血球数 () /mm ³				
	総ビリルビン () mg/dl		赤血球数 () 万/mm ³				
	中性脂肪 () mg/dl		ヘモグロビン () g/dl				
	尿素窒素 () mg/dl		ヘマクリット () %				
尿酸 () mg/dl		血小板数 () 万/mm ³					
※M R S A (-・+)		C R P () mg/dl					
HBs抗原 (-・+)		HCV抗体 (-・+)		ガラス板 (-・+)			
その他の伝染性疾患							
褥瘡	無 ・ 有 (程度：大・中・小 位置：右上に図示)						
介護度	自立 ・ 要支援 ・ 要介護 (1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5)						
精神の状態	日常生活自立度	寝たきり度	不明 自立 J1・J2・A1・A2・B1・B2・C1・C2				
		認知の状況	不明 自立 I・IIa・IIb・IIIa・IIIb・IV・M				
	問題行動等特記事項	(具体的に)					

検査は3ヵ月以内のものをお願いします。

※ MRSA (鼻腔)は必ず検査してください

心身障害の認定	障害名 () 障害の程度 ()	
	大正・昭和・平成 年 月 日 (推定・不詳)	
四肢運動障害	<p>四肢欠損 麻痺 筋力の低下 褥瘡等の皮膚疾患 拘縮</p>	
	X	線写真所見
害	*喀痰 TB菌 (無・有)	
その他の検査及び特記事項	心電図 アルブミン HbA1C	
現症状に対する総合所見	・現疾患名	
	・治療の内容	
	・処方の内容	
上記のとおり診断します。		
年 月 日		医療機関名
		住 所
		医 師 名 印

*は主治医が必要と認めるとき