

## 健康診断書

|                                       |            |           |                                  |       |           |        |   |   |   |
|---------------------------------------|------------|-----------|----------------------------------|-------|-----------|--------|---|---|---|
| ふりがな<br>氏名                            |            | 性別        | 男・女                              | 生年月日  | M T S     | 年      | 月 | 日 | 歳 |
| 【診断名】                                 |            |           |                                  |       |           |        |   |   |   |
| 【現病歴】                                 |            |           |                                  |       |           |        |   |   |   |
| 【既往歴】                                 |            |           |                                  |       |           |        |   |   |   |
| 【処方内容】                                |            |           |                                  |       |           |        |   |   |   |
| 【身長・体重ほか】                             |            | 身長        | cm                               | 体重    | kg        |        |   |   |   |
|                                       |            | 体温        | °C                               | 血圧    | mmHg      |        |   |   |   |
|                                       |            |           |                                  | 脈拍    | 回/分       |        |   |   |   |
| 【血液検査・血算】                             | 白血球        | ／μ l      |                                  | 心機能   | BNP       | pg/ml  |   |   |   |
|                                       | 赤血球        | × 10/μ l  |                                  | 腎機能   | 尿酸        | mg/dl  |   |   |   |
|                                       | 血色素量       | g/dl      |                                  |       | BUN       | mg/dl  |   |   |   |
|                                       | ヘマトクリット    | %         |                                  |       | Cre       | mg/dl  |   |   |   |
|                                       | 血小板数       | × 10/μ l  |                                  | 電解質   | Na        | mEq/l  |   |   |   |
|                                       | 肝機能        | 総蛋白       | g/dl                             |       | K         | mEq/l  |   |   |   |
|                                       |            | アルブミン     | g/dl                             |       | Cl        | mEq/l  |   |   |   |
|                                       |            | 総ビリルビン    | mg/dl                            | 糖代謝   | 血糖値       | mg/dl  |   |   |   |
|                                       |            | AST (GOT) | IU/L                             |       | (空腹時・食後)  | h)     |   |   |   |
|                                       |            | ALT (GPT) | IU/L                             | 感染症   | HbA1C     | %      |   |   |   |
| 【脂肪】                                  | ALP        | IU/L      |                                  | ワ氏    | ( - ・ + ) |        |   |   |   |
|                                       | LDH        | IU/L      |                                  | TPHA  | ( - ・ + ) |        |   |   |   |
|                                       | γ -GTP     | IU/L      |                                  | HBs抗原 | ( - ・ + ) |        |   |   |   |
|                                       | 中性脂肪       | mg/dl     |                                  | HCV抗体 | ( - ・ + ) |        |   |   |   |
|                                       | HDLコレステロール | mg/dl     |                                  |       |           |        |   |   |   |
| LDLコレステロール                            | mg/dl      |           |                                  |       |           |        |   |   |   |
| 【尿検査】                                 |            |           |                                  |       |           |        |   |   |   |
|                                       |            | 蛋白 ( )    |                                  | 糖 ( ) |           | 潜血 ( ) |   |   |   |
| 【胸部レントゲン】                             |            |           |                                  |       |           |        |   |   |   |
|                                       |            | 異常        | 無 ( )                            | 検査日   | ( )       |        |   |   |   |
| 【心電図】                                 |            |           |                                  |       |           |        |   |   |   |
|                                       |            | 異常        | 無 ( )                            | 検査日   | ( )       |        |   |   |   |
| 【皮膚疾患】                                |            |           |                                  |       |           |        |   |   |   |
|                                       |            | 異常        | 無 ( )                            |       |           |        |   |   |   |
| 【認知症】                                 |            |           |                                  |       |           |        |   |   |   |
|                                       |            | 診断        | ( アルツハイマー ・ レビー小体 ・ 脳血管性 ・ その他 ) |       |           |        |   |   |   |
|                                       |            | 画像検査      | 有 ・ 無                            | 撮影日   | ( )       |        |   |   |   |
|                                       |            | 所見        | ( )                              |       |           |        |   |   |   |
| 上記のとおり診断いたします                         |            |           |                                  |       | 平成        | 年      | 月 | 日 |   |
|                                       |            |           |                                  |       | 医療機関名     |        |   |   |   |
|                                       |            |           |                                  |       | 所在地       |        |   |   |   |
|                                       |            |           |                                  |       | 電話番号      |        |   |   |   |
|                                       |            |           |                                  |       | 医師 氏名     |        |   |   |   |
| ※検査値・レントゲン・心電図はいずれも3か月以内のデータを記載して下さい。 |            |           |                                  |       |           |        |   |   |   |
| グループホーム成城さくらそう                        |            |           |                                  |       |           |        |   |   |   |