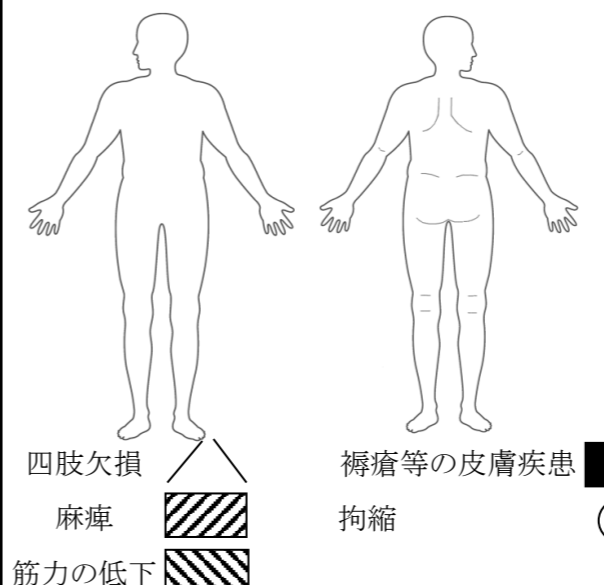
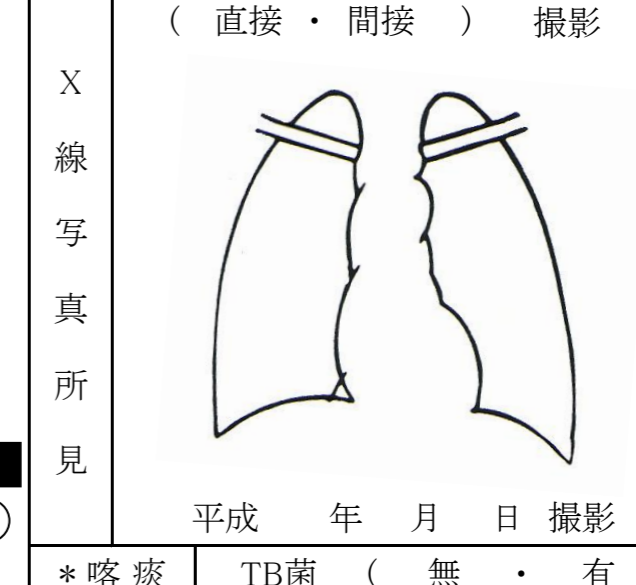


健康診断書

尼崎介護老人保健施設 ブルーベリー

氏名	フリガナ		男・女	生年月日		
				明・大・昭	年	月
現住所	〒 TEL () —					
既往症及び発症年月日						
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 (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 月日	G O T () IU/L		ナトリウム () mEq/L			
	G P T () IU/L		カリウム () mEq/L			
	γ - G T P () IU/L		総タンパク () g /dl			
	総コレステロール () mg/dl		アルブミン () g /dl			
	総ビリルビン () mg/dl		血糖 () mg/dl			
	中性脂肪 () mg/dl		白血球数 () /mm ³			
	尿素窒素 () mg/dl		赤血球数 () 万/mm ³			
	尿酸 () mg/dl		ヘモグロビン () g /dl			
	クレアチニン () mg/dl		ヘマトクリット () %			
			血小板数 () 万/mm ³			
		BNP 又は PRO-BNP () pg/ml				
TPHA (- ・ +)		※BNP・PRO-BNPは検査した項目に○をお願いします。				
HBs抗原 (- ・ +)		C R P () mg/dl				
HCV抗体 (- ・ +)		H b A ¹ C () %				
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	寝たきり度	J	A	B	C
	自立度	認知症度の状況	I	II	III	IV M
	問題行動等 特記事項	(具体的に)				

検査は3ヶ月以内のものをお願いします。

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	四肢欠損 麻痺 筋力の低下		褥瘡等の皮膚疾患 拘縮	
				
その他の検査及び特記事項		X線写真所見 (直接・間接) 撮影 平成 年 月 日 撮影 * 喀痰 TB菌 (無 ・ 有)		
現症に対する総合所見	・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		

* 喀痰検査は医師が必要と判断した場合、検査をお願いします。