健康診断書

有料老人ホーム　青空

＊下記二重線枠内をもれなく記入して下さい
＊隣面を受診医療機関に記載してもらって下さい

		記載日	20　年　月　日
名前		歳/生年月日	歳　　年　　月　　日生
問診			
既往歴	過去に指摘されたことのある疾患、過去に治療を受けたことのある疾患、現在治療中の疾患（経過観察中を含む） すべて記載して下さい。 ・　歳　病名；　転帰；　1.　2.　3.　4.　5 ・　歳　病名；　転帰；　1.　2.　3.　4.　5 ・　歳　病名；　転帰；　1.　2.　3.　4.　5 ・　歳　病名；　転帰；　1.　2.　3.　4.　5 ・　歳　病名；　転帰；　1.　2.　3.　4.　5 1;治癒　2;放置　3:治療中　4;経過観察中　5;中断		
常用薬	有・無【薬品名；　】		
自覚症状	有・無【内容；　】		
日常生活習慣			
睡眠	平均　　時間（就寝　　時　～　起床　　時）　夜間トイレ　　回程度		
食事	食事形態；　（　普通　・　お粥や軟らかいもの　・　キザミ食） 自力で食べることが　出来る　・　できない		
お酒	飲まなかった 飲んでいた　（　歳　～　歳　頃まで　/　時々　・　毎日　/　量　）		
タバコ	吸ったことがない 吸っていた（　歳　～　歳まで　本/日　）		

初回受診・介護保険更新時　医療機関記入欄　有料老人ホーム青空

氏名	実施日　20　年　月　日	
生年月日	血算	（可能な人のみ）尿検査
身長：　cm 体重；　Kg 血圧；　/　mmHg	WBC　×10/μL RBC　×10/μL Hb　g/dL Ht　% plt　×10/μL	尿蛋白　mg/dL 糖　＋　－　± 潜血　＋　－　±
生化学	医師の所見	
肝機能 Alb　g/+dL T-bil　mg/dL AST(GOT)　U/L ALT(GPT)　U/L γ-GTP　U/L ALP　U/L **腎機能** Cr　mg/dL BUN　mg/dL e-GFR　mL／min／1.73m2 脂質 LDLｺﾚｽﾃﾛｰﾙ　mg/dL HDLｺﾚｽﾃﾛｰﾙ　mg/dL ﾄﾘｸﾞﾘｾﾗｲﾄﾞ　mg/dL **糖尿** BS　mg/dL ＨｂA1c　%	**胸部** **胸部X線所見** **腹部**； **長谷川式** **運動機能** **皮膚の状態**	**心電図** **その他** （医師が必要であると判断した場合）**頭部CT**
	受診医療機関	