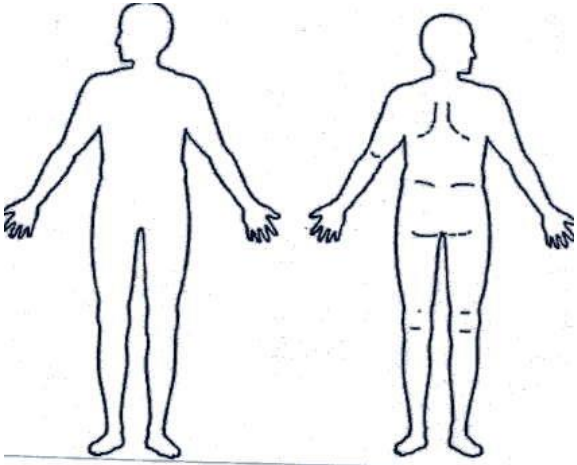



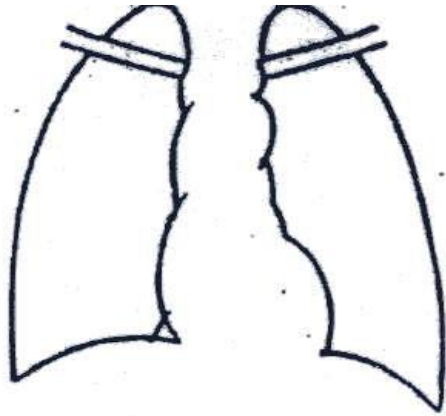


健康診断書

氏名	カガナ		男	生年月日		
			・	明・大・昭	年	月
			女	年齢		
現住所	〒 Tel () —					
既往歴 及び 発症 年月日						
理学的 所見						
身長	cm	体 重	kg	血 圧	/	
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	総タンパク () g/dl		ナトリウム () mEq/l			
	アルブミン () g/dl		カリウム () mEq/l			
	総ビリルビン () mg/dl		総コレステロール () mg/dl			
月 日	A S T () IU/L		中性脂肪 () mg/dl			
	A L T () IU/L		血 糖 () mg/dl			
	A L P () IU/L		白血球数 () ×100			
	γ-G T P () IU/L		赤血球数 () 万/μ l			
	尿 素 窒 素 () 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 () %			
	尿 酸 () mg/dl		血小板数 () 万/μ l			
	B N P () pg/ml		PT -INR ()			
	HBs抗原 (— ・ +)		HbA1C () %			
	HCV抗体 (— ・ +)		C R P () mg/dl			
その他の伝染性疾病						
褥 瘡	無 ・ 有 (程度: 大 ・ 中 ・ 小 位置: 右上に図示)					
介護度	自立 ・ 要支援 (1 ・ 2) ・ 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	J	A	B	C
		認知症度の状況	正	I	II	III
	問題行動 等 特記事項	(具体的に)				

- 1 検査は1ヶ月以内のもので、原本またはコピーを添付してください ※感染症は12ヶ月以内で可
- 2 診断書とともに胸部レントゲン・心電図をご持参ください

心身障害 の認定	障害名 () 大正・昭和・平成・令和 年	障害の程度 () 月 日 (推定・不詳)
四肢運動障害	 <p>四肢欠損 / \ 褥瘡等の皮膚疾患 麻痺  拘縮  筋力の低下 </p>	<p>(直接・間接) 撮影</p>  <p>令和 年 月 日 撮影</p> <p>※喀痰 TB菌 (無・有)</p>
	その他の 検査及び 特記事項	乳房腫瘍 無・有
現症 に対する 総合所見	<p>・現疾患名</p> <p>・治療の内容</p> <p>・処方の内容</p>	
<p>上記のとおり診断します。</p> <p>令和 年 月 日</p> <p>医療機関名 _____</p> <p>住 所 _____</p> <p>医 師 名 _____ 印 _____</p>		

※は主治医が必要と認めたとき