

## 特別養護老人ホーム なのはな 入所時健康診断書

(ふりがな) 利用者氏名	( )	性別	男性 ・ 女性
生年月日	明治 ・ 大正 ・ 昭和	年	月 日 ( 歳)
住所	〒 - - 電話 ( - - )		
現病及び経過	発症年: 年 月	発症年: 年 月	
	発症年: 年 月	発症年: 年 月	
	発症年: 年 月	発症年: 年 月	
	発症年: 年 月	発症年: 年 月	
既往歴及び経過	発症年: 年 月	発症年: 年 月	
	発症年: 年 月	発症年: 年 月	
	発症年: 年 月	発症年: 年 月	
	発症年: 年 月	発症年: 年 月	
服薬中の処方内容			
特に注意する事項 (アレルギーの有無)			
身長(                      cm) 体重(                      kg) 平均血圧(                      /                      )			

○尿検査

蛋白	
糖	
潜血	

○感染症

HBS抗原	陰性 ・ 陽性
HCV抗体	陰性 ・ 陽性
TPHA	陰性 ・ 陽性
結核	有 ・ 無
疥癬	有 ・ 無
MRSA	陰性 ・ 陽性(部位)

○血液検査

血液型(ABO・Rh式)			
白血球数		LDL	
赤血球数		HDL	
Hb		T・Cho	
Ht		TG	
血小板数		BUN	
TP		Cr	
Alb		Na	
ALP		K	
GOT		UA	
GPT		BS	
γGTP		HbA1c	
CRP			

○BSチェックについて

(糖尿病がある方のみ記入)

BS定期チェックの有無
している ・ していない
頻度・曜日・時間など
週 回
(                      曜日)
(                      時頃、不規則)

※検査値は3ヶ月以内のデータを記入してください。

胸部X線 所見	
心電図 所見	

上記のとおり診断します。

平成      年      月      日      医療機関名

所在地

医師氏名

印