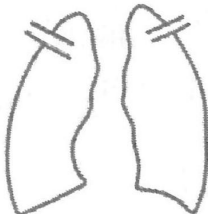


健康診断書

事業所名

| | | | | | | | | | | |
|----------------------------|--------|-----|--------------------------|----------|---|--------------------------|----|---|--|--|
| (ふりがな) | () | | | | | | | | | |
| 氏名 | 殿 | | 生年月日 | 年 | 月 | 日 | 年齢 | 歳 | | |
| 住所 | 〒 - | | | | | | | | | |
| 主病名(発症時期記入) | | | | | 副病名(発症時期記入) | | | | | |
| その他既往歴(発症時期記入) | | | | | 皮膚の状態(感染症等) | | | | | |
| 認知症診断名(発症時期記入) | | | | | 胸部レントゲン | | | | | |
| | | | | |  | | | | | |
| 体温 | | | °C | 所見 | | | | | | |
| 血圧 | / | | mmHg | | | | | | | |
| 脈拍 | | | 回 / 分 | | | | | | | |
| 入浴の可否 | (可・否) | | | | | | | | | |
| 身長 | cm | | 体重 | kg | | | | | | |
| 血液検査 | | | 反応 | 備考(感染力等) | | | | | | |
| STA | TPHA反応 | | | | | | | | | |
| 肝炎 | HCV抗体 | | | | | | | | | |
| HIV | HIV抗体 | | | | | | | | | |
| 検尿 | 蛋白 | () | 糖 | () | 潜血反応 | () | | | | |
| 認知症日常生活自立度 | | | I・IIa・IIb・IIIa・IIIb・IV・M | | | | | | | |
| 最終診断時の傷害部位及びその程度(必ずご記入下さい) | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| 現在の治療内容 | I. 投薬 | | II. 注射 | | | III. 処置(留置カテーテル・経管栄養・褥瘡) | | | | |
| | | | | | | | | | | |

上記のとおり診断致します。

令和 年 月 日

医療機関

医師名

TEL - -