


# 健康診断書

ふりがな		性別		生年月日	M・T・S
氏名		男・女			年 月 日生 歳
住所				電話	
現病					
既往歴				胸部レントゲン所見	
感染症	MRSA ( + ・ - )	部位 ( )	 撮影日 年 月 日		
	梅毒反応 ( + ・ - )	HBs抗原 ( + ・ - )			
	HCV ( + ・ - )				
血液検査	白血球 ( )	赤血球 ( )	心電図・心所見		
	血色素量 ( )	血小板 ( )			
	総蛋白 ( )	アルブミン ( )			
	BUN ( )	Cre ( )			
	AST ( )	γ-GTP ( )			
	ALT ( )				
			検査日 年 月 日		
尿検査	蛋白 ( )	糖 ( )	認知症高齢者の日常生活自立度		
	加ビリルゲン ( )	潜血 ( )			
身体	身長	cm	体重	kg	精神状態 <input type="checkbox"/> ほぼ正常 <input type="checkbox"/> 障害あり 問題行動 (無・有) 内容  障害高齢者の日常生活自立度 J1・J2・A1・A2・B1・B2・C1・C2 日常生活動作 (自立・一部介助・全介助)
	視力	普 ・ 弱 ・ 全盲			
	聴力	普 ・ やや難聴 ・ 難聴			
	言語	普 ・ 不自由 ・ 失語			
服薬内容	※お薬手帳をお持ちの方はコピーを添付してください。				
総合所見	通所リハビリテーションに対する適否	<input type="checkbox"/> 適	<input type="checkbox"/> 否		
	リハビリテーションに対するリスク	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無		
特記事項					

上記の通り診断いたします。

平成 年 月 日

医療機関名

所在地

電話番号

医師名