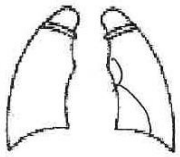
健　康　診　断　書

社会福祉法人皇寿会
特別養護老人ホーム 遊楽の丘

氏名	住所　〒　　－	電話 （　　）
性別 男 ・ 女	生 年 月 日 明治・大正・昭和　　年　　月　　日（　　歳）	
現病歴		
既往症		
投薬内容		

身長/体重	身長（　　cm）　体重（　　）kg　　測定日（R　　/　　/　　）		
血圧・脈拍	血圧　　/　　mmHg　脈拍　　回／分　不整脈　無 ・ 有		
血液検査 測定日 （R　　/　　/　　）	Hb　　g/dℓ	血小板　　×10 ^{4}	GPT(ALT)　　IU/l
	ｸﾚｱﾁﾆﾝ　mg/dl	血糖　　mg･dl（ 空腹時 ・ 食後　　分）	
	血清アルブミン値　　g　　dℓ	Hb A1c	
	梅毒脂質抗原使用検査［定性］（　　）		
	ＴＰＨＡ試験［定性］（　　）		
	ＨＢｓ抗原（　　）		
	ＨＣＶ抗体（　　）		
心電図	異常所見 ： 無 ・ 有（所見　　）		
画像診断 （胸部X線）	1. 肺 結 核　無 ・ 有（所見　　） 撮影年月日（　　年　　月　　日） 2. 肺結核の既往　無 ・ 有（所見 3. そ の 他		
皮膚疾患	1. 褥　瘡　無 ・ 有（所見　　） 2. 皮膚状態　湿疹あり　部位（　　）なし　白癬あり　部位（　　）なし		



その他	1. 塩分制限　無 ・ 有 2. 水分制限　無 ・ 有 4 .薬物アレルギー　無 ・ 有（　　）　5.食物アレルギー　無 ・有（　　） 6. 浮腫　無 ・ 有　部位（　　）
主たる病名 と所見	＊問題行動等、お気付きの点がありましたらご記入ください。 胃ろう　滴下・注入（1日　　回　　品名　　） インスリン（　　単位　1日　　回）　ストマー　　バルーン　　Fr ＊現在治療中の場合は、必要に応じて病状書（様式自由）を添付してください。

上記のとおり診断いたします。

令和　　年　　月　　日

医療機関名
所在地
電話
医師氏名　　印