

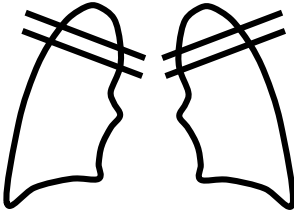
健康診断書

(注)この様式は基本的な健康診断書です。疾患に基づく検査データがありましたら添付してください。

(横浜市介護老人保健施設共通様式)

フリガナ 氏名		男 女	生年月日 年 月 日(歳)	明治・大正・昭和
住所	TEL			

病名		既往歴	
症状経過		処方内容	

(身長 cm)(体重 kg)(血圧 / mmHg)(脈拍 回/分)			
検査所見 【検査日 年 月 日】		胸部レントゲン 【撮影日 年 月 日】	
尿	蛋白質	- ± +	所見  異常あり・異常なし
	糖	- ± +	
	潜血	- ± +	
感染症	H B s	抗原精密 - +	
	H C V	抗体 - +	
疥癬	- + 部位()		
皮膚疾患(含褥瘡)	無・有()	結核の既往	無・有(歳)
アレルギー(食物・薬)	無・有()	視力障害	無・有()
麻痺	無・有()	聴力障害	無・有()
拘縮	無・有()	言語障害	無・有()
特記事項			

上記のとおり、診断いたします。

年 月 日

医療機関名

所在地

医師氏名

印

医療情報提供のお願い

医療機関各位

平素は健康診断書作成にご協力いただき誠にありがとうございます。

当施設の利用希望者様の受入審査に際し、介護老人保健施設にて適切に介護できるかどうかの判断に用いますので、下記の検査データをお知らせ下さいますようお願い致します。

尚、検査データは3ヶ月以内の検査値でお願い致します。

検査日 年 月 日

WBC	RBC	Hb	Ht	PLT	CRP
-----	-----	----	----	-----	-----

GOT	GPT	ALP	LDH	尿酸
-----	-----	-----	-----	----

TP	Alb	BUN	Cr	Na	K
----	-----	-----	----	----	---

総コレステロール	中性脂肪	FBS	その他(HbA1c)
----------	------	-----	-------------

MRSA(鼻)()

※ 糖尿病疾患のあるかたはHbA1cの検査をお願いします。

※ 検査データのコピーを添付して下さい。

※ 過去の検査データもございましたらコピーで結構ですのでお知らせ下さい。

お手数をおかけしますが宜しくお願い致します。

* 当施設ご利用希望者様へ 健康診断書と併せて医療機関にご提出ください。