

健康診断書

名前		生年月日	M・T・S	年	月	日																																																												
検査日	年 月 日	性別	男・女	年齢																																																														
<p>< 理学的所見 ></p> <p>身長: _____ cm 体重: _____ kg</p> <p>血圧: ~ mmHg</p> <p>胸部X線所見: _____ 心電図所見: _____</p>																																																																		
<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 35%;"><u>< 血液検査 ></u></td> <td style="width: 30%;"><u>※ 検査データ添付可</u></td> <td style="width: 35%;"><u>< 尿検査 ></u></td> </tr> <tr> <td>白血球</td> <td>/mm³</td> <td>蛋白</td> </tr> <tr> <td>赤血球</td> <td>万/mm³</td> <td>糖</td> </tr> <tr> <td>ヘモグロビン</td> <td>g/dl</td> <td>潜血</td> </tr> <tr> <td>ヘマトクリット</td> <td>%</td> <td></td> </tr> <tr> <td>血小板</td> <td>万/mm³</td> <td></td> </tr> <tr> <td>総蛋白</td> <td>g/dl</td> <td></td> </tr> <tr> <td>アルブミン</td> <td>g/dl</td> <td></td> </tr> <tr> <td>T- Bil</td> <td>mg/dl</td> <td>< 感染症 ></td> </tr> <tr> <td>GOT</td> <td>IU/l</td> <td>HBs抗原 (陽性・陰性)</td> </tr> <tr> <td>GPT</td> <td>IU/l</td> <td>HCV (陽性・陰性)</td> </tr> <tr> <td>γ-GTP</td> <td>IU/l</td> <td>梅毒 (陽性・陰性)</td> </tr> <tr> <td>ALP</td> <td>IU/l</td> <td>MRSA ()</td> </tr> <tr> <td>空腹時血糖</td> <td>mg/dl</td> <td>肺結核 (陽性・陰性)</td> </tr> <tr> <td>HbA1c</td> <td>%</td> <td></td> </tr> <tr> <td>クレアチニン</td> <td>mg/dl</td> <td></td> </tr> <tr> <td>尿酸</td> <td>mg/dl</td> <td></td> </tr> <tr> <td>HDLコレステロール</td> <td>mg/dl</td> <td></td> </tr> <tr> <td>LDLコレステロール</td> <td>mg/dl</td> <td></td> </tr> <tr> <td>中性脂肪</td> <td>mg/dl</td> <td></td> </tr> </table>							<u>< 血液検査 ></u>	<u>※ 検査データ添付可</u>	<u>< 尿検査 ></u>	白血球	/mm ³	蛋白	赤血球	万/mm ³	糖	ヘモグロビン	g/dl	潜血	ヘマトクリット	%		血小板	万/mm ³		総蛋白	g/dl		アルブミン	g/dl		T- Bil	mg/dl	< 感染症 >	GOT	IU/l	HBs抗原 (陽性・陰性)	GPT	IU/l	HCV (陽性・陰性)	γ-GTP	IU/l	梅毒 (陽性・陰性)	ALP	IU/l	MRSA ()	空腹時血糖	mg/dl	肺結核 (陽性・陰性)	HbA1c	%		クレアチニン	mg/dl		尿酸	mg/dl		HDLコレステロール	mg/dl		LDLコレステロール	mg/dl		中性脂肪	mg/dl	
<u>< 血液検査 ></u>	<u>※ 検査データ添付可</u>	<u>< 尿検査 ></u>																																																																
白血球	/mm ³	蛋白																																																																
赤血球	万/mm ³	糖																																																																
ヘモグロビン	g/dl	潜血																																																																
ヘマトクリット	%																																																																	
血小板	万/mm ³																																																																	
総蛋白	g/dl																																																																	
アルブミン	g/dl																																																																	
T- Bil	mg/dl	< 感染症 >																																																																
GOT	IU/l	HBs抗原 (陽性・陰性)																																																																
GPT	IU/l	HCV (陽性・陰性)																																																																
γ-GTP	IU/l	梅毒 (陽性・陰性)																																																																
ALP	IU/l	MRSA ()																																																																
空腹時血糖	mg/dl	肺結核 (陽性・陰性)																																																																
HbA1c	%																																																																	
クレアチニン	mg/dl																																																																	
尿酸	mg/dl																																																																	
HDLコレステロール	mg/dl																																																																	
LDLコレステロール	mg/dl																																																																	
中性脂肪	mg/dl																																																																	

記載日 20 年 月 日

受診医療機関名

以下よりお体の状況について、教えてください(該当箇所には○印を付けてください)

移動等	介護状況	自立 ・ 一部介助 ・ 全介助				
	方法	歩行 ・ 杖 ・ シルバーカー ・ 車椅子				
	床上動作	起き上がり (自立 ・ 一部介助 ・ 全介助)				
		立ち上がり (自立 ・ 一部介助 ・ 全介助)				
寝がえり (自立 ・ 一部介助 ・ 全介助)						
食事等	介護状況	自立 ・ 一部介助 ・ 全介助		嚥下障害	有 ・ 無	
	方法	箸 ・ スプーン ・ フォーク ・ エプロン				
	形態	主食(普通 ・ 軟飯 ・ 粥 ・ パン ・ ミキサー ・ セリー)副食(普通 ・ 刻み ・ ミキサー ・ セリー)				
		経管栄養(胃ろう ・ 腸ろう) 栄養剤の種類 ()				
		1日量(朝 昼 夕) 1回当りの時間(時間程度)				
	水分制限	むせ込み : 無 ・ 有 → 粘張剤の使用は 有 ・ 無				
	制限	無し ・ 有 → カロリー(kcal) 塩分(g) 水分(cc)				
	アレルギー等	無し ・ 有(食品名		義菌	有 ・ 無	
		禁止食()嗜好により食べられない食品()				
	嗜好品	タバコ ・ 酒 ・ その他()				
排泄	介護状況	自立 ・ 一部介助 ・ 全介助				
	昼間	トイレ ・ ポータブル ・ 尿器 ・ 紙パンツ ・ オムツ				
	夜間	トイレ ・ ポータブル ・ 尿器 ・ 紙パンツ ・ オムツ				
	失禁等	失禁	有 ・ 無	尿意	有 ・ 無	
		下剤	有 ・ 無	便意	有 ・ 無	
排便周期	回 / 日					
身体状況	視力	普通 ・ 見えにくい ・ 見えない		眼鏡	有 ・ 無	
	聴力	普通 ・ 聴こえにくい ・ 聴こえない		補聴器	有 ・ 無	
	言葉	普通 ・ 話しにくい ・ 話せない				
	麻痺	無し ・ 有 → 右側 (手 ・ 足 ・ 体) 左側 (手 ・ 足 ・ 体)				
	拘縮	無し ・ 有 → 右側 (手 ・ 足 ・ 体) 左側 (手 ・ 足 ・ 体)				
	褥瘡	無し ・ 有 → 場所() 処置(有 ・ 無)				
	ベッドマットの種類	普通 ・ 除圧マット ・ エアーマット				
入浴	介護状況	自立 ・ 一部介助 ・ 全介助				
	形態	普通浴 ・ 機械浴 ・ その他()				
認知症等	認知症	無し ・ 有 → 診断名 ()				
	意思疎通	普通 ・ 簡単な事であれば可 ・ できない				
	問題行動	無し				
有り		徘徊 ・ 不潔行為 ・ 介護抵抗 ・ 幻覚妄想 ・ 独語 ・ 作り話 暴力行為 ・ 昼夜逆転 ・ その他()				
睡眠状況	普段の様子	就寝時間 : 時頃 良い ・ まあまあ ・ あまり				
	睡眠時間	平均 時間くらい				
	眠剤	無し ・ 有 → (薬剤名)				
	起床時間	時頃				
疾患	疾患	無し ・ 有 → 診断名 ()				
	薬	無し ・ 有り → 薬剤名 ()				