

健康診断書

病院にて表記項目の健康診断をお受けになり、この健康診断書を担当医にて記載いただき、ご提出ください

お客様	(ふりがな)		性別	生年月日		年齢
			男・女	明・大・昭	年 月 日	(歳)
身長	cm (測定日 年 月)		尿 検 一 般	測定値		参考値
体重	kg (測定日 年 月)			糖	()	(-)200mg/日以下
聴力	右	大声・普通・小声聞こえる・難聴・失調		蛋白	()	(-)100~150mg/日以下
	左	大声・普通・小声聞こえる・難聴・失調		潜血	()	(-)陰性
視力	右	() メガネで新聞が読める・裸眼で読める	ケトン	()	(-)陰性	
	左	() メガネで新聞が読める・裸眼で読める	感 染 症	結核の既往 (有 ・ 無)		
血圧	mmHg 参考値 150~100/90~60 mmHg			B型肝炎HBs抗原 (陽性 ・ 陰性)		
				B型肝炎HBs抗体 (陽性 ・ 陰性)		
血 液 検 査	測定値			C型肝炎HCV抗体 (陽性 ・ 陰性)		
	血糖			MRSA (+ ・ -)		
	GOT			梅毒 (陽性 ・ 陰性)		
	GPT			疥癬 (有 ・ 無)		
	γ-GTP		病 歴			
	赤血球					
	白血球					
	ヘモグロビン					
	ヘマトクリット					
	血小板数					
	尿素窒素					
クレアチニン						
総蛋白						
心 電 図	□正常 (脈拍 /分) 心房細動 (無 ・ 有)			治療食	無 ・ 有 ()	
	□異常		認知症	無 ・ 有		
		胸 部 X 線	撮影日:平成 年 月 日(No.)			
			所見:			

入居に際しての諸注意をご記入ください。(内服薬・栄養状態・嚥下等と生活に関してご記載ください。)

診断書記入日 年 月 日

病院名

所在地

連絡先

担当医師

印