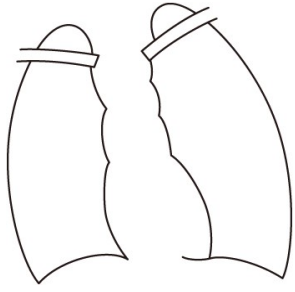


# 健康診断書

社会福祉法人幸紀会

氏名				性別	男・女	生年月日	M・T・S	年	月	日生	歳
住所											
身長	cm			体重	kg			血圧	/		
傷病名及び既往歴				服薬内容							
レントゲン	 <p>(撮影日) 年 月 日</p>					心電図	<p>(検査日) 年 月 日</p>				
眼耳鼻咽喉	有・無 ( )			脊柱・四肢	有・無 ( )						
胸部・腹部	有・無 ( )			皮膚	有・無 ( )						
脳神経	有・無 ( )			栄養状態	良 ・ 可 ・ 不可						
尿検査	蛋白 ( )		糖 ( )		ウロビリノーゲン ( )						
血液検査 (採血日) 年 月 日	白血球	/ $\mu$ L		GOT	U/L		クレアチン	mg/dL			
	赤血球	$\times 10^4 / \mu$ L		GPT	U/L		アルブミン	g/dL			
	ヘモグロビン	g/dL		BUN	mg/dL		総蛋白	g/dL			
	ヘマトクリット	%		グルコース	mg/dL		血液型	型			
	血小板数	$\times 10^4 / \mu$ L		HbA1c	%		Rho(D)因子				
MRSA	( )		梅毒反応(定性)	RPR ( )	TP ( )		+の場合・感染の可能性:有・無				
細菌培養検査				HBS抗原	( )		HCV抗体	( )			
精神疾患の状況											
健康診断の概評											
入居の意見											
注意事項											
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)											
(医師氏名)								印			