

健康診断書

氏名	男・女	生年月日	M・T・S	年	月	日生	歳
現病名							
病歴							

既往歴

年月	病名
/	
/	
/	
/	
/	
/	
/	
/	
/	
/	
/	
/	

検査結果		
身長		
体重		
血圧	～	mmHg
尿検査	蛋白	
	糖	
	潜血	
	ESBL産生菌	プラス 1 2 3 4 / マイナス

※血液検査・尿検査の結果はデータを添付していただくだけでも結構です。

感染症関連検査

結核検査			
結核検査	胸部X線所見 (+ ・ -) (所見:)	結核菌塗抹	(+ ・ -)
肝炎ウイルス検査	HBs抗原 (+ ・ -)	HCV抗体	(+ ・ -)
その他感染症の有無			
MRSA	有・無 (有の場合の詳細情報)	結核	有・無 (有の場合の詳細情報)
梅毒	有・無 (有の場合の詳細情報)	疥癬	有・無 (有の場合の詳細情報)
HIV	有・無 (有の場合の詳細情報)	肺炎	有・無 (有の場合の詳細情報)

その他の感染症の有無 (+ ・ -)	疾患名
-------------------------	-----

以下に関してはわかる範囲でご記入願います。

日常活動能力	
食事	自立 ・ 一部介助 ・ 全介助 形態(普通 ・ キザミ ・ ミキサー ・ 粥 ・ その他 アレルギー ()
更衣	自立 ・ 一部介助 ・ 全介助
排泄	自立 ・ 一部介助 ・ 全介助
入浴	自立 ・ 一部介助 ・ 全介助
言語障害	有 ・ 無
視力障害	有 ・ 無
聴力障害	有 ・ 無
意思疎通	可 ・ 困難
認知症の程度	無 ・ 軽度 ・ 中等度 ・ 重度(長谷川式 点)

現処方
薬剤アレルギー(有・無) 有の場合、薬剤名()

※全項目記入御願ひ致します。

診断の結果、本書の通り相違ないことを証明します。

ご住所

TEL/FAX :

医療機関名 :

医師名

印

記載日

年

月

日