

健康診断書

氏 名		性 別	生 年 月 日	年 齢
フリガナ 氏名		男 ・ 女	明 大 昭 年 月 日生	
病歴 <診断名>		<現在の治療状況>		
治療内容 <既往歴>				
身 長	体 重	血 液 型	血 圧	

検査結果(3ヶ月以内) 結果データ添付の場合は未記入でも構いません。

尿検査	糖		血液検査	r-GTP	IU/l
	蛋白			総コレステロール	mg/dl
血液検査	尿素窒素	mg/dl		中性脂肪	mg/dl
	クレアチニン	mg/dl		白血球数	千/m ³
	尿酸	mg/dl		赤血球数	万/m ³
	Na	mEq/l		血色素数	g/dl
	K	mEq/l		ヘマトクリット	%
	Cl	mEq/l		血小板数	万/m ³
	アルブミン	g/dl		総蛋白	g/dl
	AST(GOT)	IU/l		血糖	mg/dl
	ALT(GPT)	IU/l		HbA1c	%

心電図所見 1.異常あり 2.異常なし (留意事項)	胸部エックス線撮影 1.異常なし 2.要観察 3.要加療 上記2,3の場合 (疾患名、留意事項)
-------------------------------------	---

現処方

薬剤アレルギー (あり ・ なし) ありの場合、薬剤名()

感染症	結核性疾患	あり ・ なし	肝炎	HBs抗原 (- ・ +)
	梅毒	TPHA : (- ・ +)		HCV抗体 (- ・ +)
	M R S A	鼻腔 (- ・ + ・ ++)	鼻腔以外での既往(- ・ + ・ ++)	
	疥 癬	(- ・ + ・ 既往あり)		
	皮膚疾患	あり ・ なし	※褥瘡(部位:) ※湿布(部位:)	

その他 感染症の有無 (- ・ +) (+)の場合その疾患()

認知症	あり (軽度 ・ 中度 ・ 重度) 長谷川式 点 / なし
	アルツハイマー型 ・ 血管性 ・ レビー小体型 ・ 前頭側頭葉変性症 ・ その他()

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 :
 医療機関名 :
 医師名 :
 ご連絡先 : TEL () FAX ()

記載日 年 月 日