

健康診断書（ウイステリア八重原）

フリガナ 氏名		生年月日	M・T・S 年 月 日 (歳)	
住所			性別	男 ・ 女
病 名				
既往歴				
体格	身長	cm	体重	kg 大 ・ 中 ・ 小 (測定不能時)
眼	異常 (なし ・ あり : 所見)			
耳	異常 (なし ・ あり : 所見)			
口腔	異常 (なし ・ あり : 所見)			
胸部	異常 (なし ・ あり : 所見)			
腹部	異常 (なし ・ あり : 所見)			
神経系	異常 (なし ・ あり : 所見)			
脊柱 ・ 四肢	異常 (なし ・ あり : 所見)			
皮膚	異常 (なし ・ あり : 所見)			
血圧	～ mmHg		脈拍	回/分
心電図	異常 (なし ・ あり : 所見)			
尿検査	蛋白 :	糖 :	潜血 :	ウロビリノーゲン :
血液型	A ・ B ・ O ・ AB (RH + -)			
血算	白血球 :	赤血球 :	Hb :	Ht : 血小板 :
栄養状態	総蛋白 :	アルブミン :	Na :	K : CL :
肝 ・ 腎機能	総ビリルビン :	GOT :	GPT :	γGTP :
	LDH :	AI-P :	クレアチニン :	

伝染性疾患	梅毒反応	TPLA(- +)		
	HBs抗原	(- +)	HCV抗体	(- +)
	疥癬(肉眼所見)	(- +)	結核(X線所見)	(- +)
	便培養(必要時※)	(- +) 検出菌 :		
	MRSA(必要時※)	(- +) 部位 :		
	その他(必要時※)	(- +)		
精神疾患	精神病・アルコール依存症	(なし・あり:所見)		
	認知症	(なし・あり:所見)		
	長谷川式スケール	点 測定不能		
画像診断	胸部X線	異常(なし・あり:所見)		
	その他X線(必要時※)			
	頭部CT(必要時※)	異常(なし・あり:所見)		
入浴の可否		(可:条件 ・ 否)		
医療機関への入院・通院		入院を(要する・要しない) 通院を(要する・要しない)		
投与中の処方				
注意事項				
上記のとおり診断します。 令和 年 月 日				
医療機関名称				
住所				
医師氏名 印				

※必要時：それぞれの検査に関連する症状・所見等が認められた場合、または既往歴を有する場合を言います