

# 健康診断書

氏名			生年月日	明・大・昭			
	男・女		年	月	日 ( 歳)		
住所							
病名	現病名		既往症				
症状・経過							
投薬内容							
検査	検血	赤血球		感染症	HBs抗原*	( - ・ + )	
		白血球			HCV抗体*	( - ・ + )	
		ヘモグロビン			梅毒反応 TPHA*	( - ・ + )	
		ヘマトクリット			MRSA	( 部位 )	( - ・ + )
		血小板				( 部位 )	( - ・ + )
	生化学	GOT		検尿	蛋白	( - ・ + )	
		GPT			糖	( - ・ + )	
		BUN			潜血	( - ・ + )	
		クレアチニン					
	バイタル	TP					
血糖値							
	バイタル	血圧	脈				
	血液型			胸部 X - P			
	心電図						
皮膚症状	褥瘡 無 ・ 有 ( 部位 ) ( 程度 ) 疥癬 無 ・ 有						
認知症	認知症日常生活自立度 なし I IIa IIb IIIa IIIb IV M						

平成 年 月 日

恐れ入りますが、\*印のデータ添付をお願いします。

医療機関名  
住 所  
電 話  
医 師 名

印