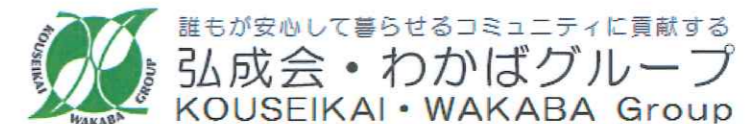


# 健康診断書

入居者	氏名												
	住所												
	生年月日	明治・大正・昭和	年 月 日										
身長	cm	体重	kg										
血液型	A・B・O・AB型 (Rh -・+)												
既往歴	年 月												
	年 月												
	年 月												
	年 月												
現病歴	年 月												
	年 月												
	年 月												
	年 月												
※伝票を添付して下さい	感染症	検査項目	検査結果	感染力の有無(+の場合)									
		梅毒定性											
		RPR法(STS定性)	-・+	有・無									
		TPHA定性	-・+	有・無									
		TB(培養) 痰が出る時のみ	-・+	有・無									
		HBs抗原	-・+	有・無									
		HCV抗体	-・+	有・無									
		MRSA(鼻腔)	-・+	有・無									
その他の伝染性疾患													
※伝票を添付して下さい	血液検査項目	免疫学的検査	BNP(脳性ナトリウム利尿ペプチド)(NT-proBNPではない)										
		生化学的検査	総蛋白	アルブミン	GOT (AST)	GPT (ALT)	γ-GTP	LDL-cho	HDL-cho	中性脂肪	クレアチニン	尿酸	尿素窒素
			Na	K	Cl	空腹時血糖	A1c						
			亜鉛										
		免疫学的検査	CRP定量										
血液学的検査	白血球 赤血球 血色素量 ヘマトクリット 血小板												
尿検査	蛋白定性( ) 糖定性( ) 潜血( ) 白血球( )												
アレルギー	無・有( )												
バイタルサイン	Bp	P	KT	R									

麻痺	なし・あり(左上肢・右上肢・左下肢・右下肢・不全)		
関節変形拘縮	なし・あり(部位: )		
胸部X-P所見	異常なし・異常あり( )		
心電図所見	異常なし・異常あり( )		
精神状態	清明・見当識障害・意識障害・その他( )		
	HDS-R( )点※可能な限り		
言語障害	なし・軽度・中～重度(特記: )		
嚥下障害	なし・軽度・中～重度(特記: )		
褥瘡	なし・あり(部位: )	培養結果: )	
その他皮膚疾患	異常なし・異常あり( )		
視力	異常なし・異常あり	聴力	異常なし・異常あり
頭部MRI又はCT (可能であれば実施をお願いします)	認知症		有 無
	※実施時画像データの添付をお願いします。		
現在の治療状況及び処方内容			
現在発生の可能性が高い病態とその対処方法	<input type="checkbox"/> 尿失禁 <input type="checkbox"/> 転倒・骨折 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 褥瘡 <input type="checkbox"/> 嚥下性肺炎 <input type="checkbox"/> 腸閉塞 <input type="checkbox"/> 易感染性 <input type="checkbox"/> 心肺機能の低下 <input type="checkbox"/> 痛み <input type="checkbox"/> 脱水 <input type="checkbox"/> その他( ) *対処方法( )		
診察年月日	令和		
診察医師	医療機関の名称 所在地 電話番号 医師氏名 印		



施設名: 介護老人保健施設 八千代ケアセンター  
 所在地: 千葉県八千代市島田55-1  
 電話番号: 047-488-8788  
 FAX番号: 047-488-7077

## 《健康診断書作成のお願い》

この度は、お忙しい所健康診断書の作成にご協力いただきありがとうございます。

作成に伴い、下記の点についてお願い申し上げます。

- ① 健康診断書にある検査項目（感染症・血液検査・尿検査・レントゲン・心電図等）については全て実施していただくようお願い致します。不足している項目がある場合、再度検査をお願いする可能性がありますのでご了承下さい。

※TB培養について・・・胸部レントゲン上で問題がなければ実施する必要はありませんが、疑いがある場合は検査をお願い致します。

※BNPについて・・・NT-proBNPは不可。

- ② 実施した検査の結果は、伝票を添付していただくようお願い致します。

- ③ 精神状態については、長谷川式簡易知能評価スケール（HDS-R）にて評価をお願い致します。

※その他評価方法でも問題はありますが、実施した検査内容とその結果について記載をお願い致します。

- ④ 直近1ヶ月未満で行っている検査項目がある場合は、あらためて実施していただく必要はありません。

その場合は、不足している検査項目のみ実施をお願い致します。

健康診断書の作成についてご不明な点がございましたら、下記担当までご連絡いただきたくお願い申し上げます。

（担当） 介護老人保健施設 八千代ケアセンター

担当：支援相談員

TEL 047-488-8788