

健康診断書

(入居判定用)

(フリガナ) 氏名	様		男・女	生年月日	明治 大正 昭和	年	月	日()	歳
身長	cm	体重	kg		血液型	Rh()			
既往歴									
現病歴									
自立度 レベル	障害：正常 J1 J2 A1 A2 B1 B2 C1 C2 認知：正常 I IIa IIb IIIa IIIb IV M								
視力	右 見える・見え難い・ほとんど見えない 左 見える・見え難い・ほとんど見えない			聴力	右	普通 やや難聴 難聴	左	普通 やや難聴 難聴	
血圧	/	mmHg	脈	/分	腹囲	cm			
尿検査	糖 (- ・ 土 ・ + ・ ++) 蛋白 (- ・ 土 ・ + ・ ++) ウロビリノーゲン (- ・ 土 ・ + ・ ++) 潜血 (- ・ 土 ・ + ・ ++)								
血液検査等	白血球				LDL コレステロール				
	赤血球				血糖				
	ヘモグロビン				HbA1c				
	ヘマトクリット				CRP				
	GOT				感染症				
	GPT				HBS				
	γ-GTP				HCV				
	総コレステロール				MRSA				
中性脂肪				疥癬等					
心電図				胸部 レントゲン					
その他 (認知度等)	HDS-R	点(. . 現在)		MMSE	点				

上記の通り診断します。

令和 年 月 日

医療機関 名称
住所
電話

医師名

印