

# 健康診断書

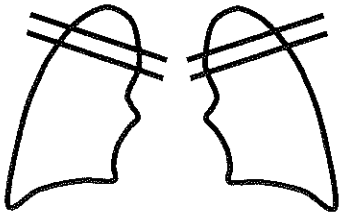
④

(注)この様式は基本的な健康診断書です。疾患に基づく検査データがありましたら添付してください。

(横浜市介護老人保健施設共通様式に準ずる)

フリガナ	男・女	生年月日	明治・大正・昭和
氏名		年 月 日	( 歳)
住所	TEL		

病名	1	発症年月 ( 昭・平 年 月頃)
	2	発症年月 ( 昭・平 年 月頃)
	3	発症年月 ( 昭・平 年 月頃)
既往歴	1	発症年月 ( 昭・平 年 月頃)
	2	発症年月 ( 昭・平 年 月頃)
	3	発症年月 ( 昭・平 年 月頃)
症状経過	処方内容	

(身長 cm) (体重 kg) (血圧 / mmHg) (脈拍 回/分)		
検査所見 【検査日 年 月 日】	胸部レントゲン 【撮影日 年 月 日】	
尿	所見  異常あり・異常なし	
蛋白質		- ± +
糖		- ± +
潜血	- ± +	
感染症		
H B s	抗原精密 - +	
H C V	抗体 - +	
疥癬	- + 部位( )	
皮膚疾患(含褥瘡)	無・有( )	
アレルギー(食物・薬)	無・有( )	
麻痺	無・有( )	
拘縮	無・有( )	
結核の既往	無・有 ( 歳 )	
視力障害	無・有( )	
聴力障害	無・有( )	
言語障害	無・有( )	
特記事項		

上記のとおり、診断いたします。

令和 年 月 日

医療機関名

所在地

電話番号

医師氏名

印

# 情報提供項目

## 医療機関各位

平素より当施設の健康診断書作成にご協力頂き誠にありがとうございます。  
当施設では、入所の為の判定会議をさせて頂くにあたり、ご利用者様に対して適切な対応ができる様直近の検査データがありましたら診療情報提供項目のご記入をお願いいたします。

氏名	男・女	生年月日	明・大・昭 年 月 日生( 歳)
心電図所見 検査月日 平成 年 月 日			
( ※心電図コピー 要 )			
検体検査所見 ( 実施年月日 : 平成 年 月 日)			
血液一般	RBC	WBC	Hb
	HbA1c	( 糖尿病治療中の場合ご記入ください)	
生化学	TP	アルブミン	Tch
	BUN	Cre	GOT
	FBs		γGTP
蛋白免疫	CRP	TG	GPT
MRSA	- +		

他疾患に基づく検査データがありましたらご記入ください。

項目	検査値	項目	検査値	項目	検査値

※ 健康診断書及び情報提供項目をご提出いただく際に、以下のものを添付していただきます。

ようよろしくお願いいたします。

尚、原本の場合は、貸し出しをしていただけるようお取り計らいをお願いいたします。

- ◆ 胸部X-P(原本かコピー)
- ◆ 心電図のコピー
- ◆ 各種検査結果のコピー