

健康診断書

ふりがな					性 別	生年月日				身 長	体 重	
氏 名					男・女	大・昭 年 月 日 歳				cm	kg	
尿	糖	(-) ± 1+ 2+ 3+	感染症	HBs抗原 (-) (+) 梅 毒 (-) (+)								
	たんぱく	(-) ± 1+ 2+ 3+		HCV抗体 (-) (+) 疥 癬 (-) (+)								
	潜血	(-) ± 1+ 2+ 3+		MRSA※ (-) (+) その他()								
胸部X線	所見				※MRSAについては、医療的処置等で感染が疑われる場合や抗菌薬耐性の感染巣がある場合に検査をお願いします。							
心電図	所見				ワクチン接種 ☐ 有 ☐ 無 ☐ 不明							
					☐ インフルエンザ (年 月 日) ☐ 肺炎球菌 (年 月 日) ☐ 新型コロナウイルス (年 月 日)							
アレルギー	薬剤	☐ なし ☐ あり()	血液データ	WBC		/ μ l		AST		u/l		
	食べ物	☐ なし ☐ あり()		RBC		万 / μ l		ALT		u/l		
	その他	☐ なし ☐ あり()		Hb		g/dl		血糖		mg/dl		
既往歴					TP		g/dl		HbA1c		%	
					Alb		g/dl		Na		mEq/l	
					TG		mg/dl		K		mEq/l	
感染症の既往歴	☐ 結 核 ☐ 疥 癬 ☐ 梅 毒 ☐ その他				☐ 有 ☐ 無 ☐ アルツハイマー型 ☐ 脳血管性 ☐ レビー小体型 ☐ 前頭側頭型 ☐ その他() <症状・BPSD>							
	〔 時期と経過 〕											
現病歴					処方							
認知症高齢者日常生活自立度			I II II a II b III III a III b IV M									
障害高齢者の日常生活自立度			自立 J1 J2 A1 A2 B1 B2 C1 C2									
医療処置	☐ 経管栄養(回/日) (経鼻 ・ 胃瘻 ・ 食道胃管) ☐ 在宅酸素(ℓ) ☐ 人工肛門 ☐ 持続点滴 (末梢 ・ CV ・ CV ポート) ☐ 痰吸引				☐ 尿道カテーテル留置 ☐ 透析(回/週) ☐ インスリン(回/自己注射の可・否) ☐ 血糖測定 ☐ 創傷処置 ☐ 褥瘡処置 ☐ ペースメーカー ☐ その他()				具体的内容 ()			
生活上の留意点												

上記の通り診断いたします。

年 月 日

医療機関名
住所
電話
FAX
医師氏名

ALSOK介護株式会社
0120-294-772

印

2026.07

診療情報提供書

紹介先医療機関名

担当医師

科

殿

年 月 日

紹介元医療機関の所在地：

名称：

電話番号

FAX

診療科名

医師氏名

印

患者氏名

殿 性別 男・女

患者住所

電話番号

生年月日 明・大・昭・平 年 月 日 () 歳 職業

傷病名

紹介目的

既往歴及び家族歴

病状経過及び検査結果

治療経過

現在の処方

備 考