

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				新型コロナウイルスワクチン接種 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無							
					有の場合 ◆接種済み(1回目) <input type="checkbox"/> () ◆接種済み(2回目) <input type="checkbox"/> ()							
アレルギー	薬剤	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()	血液データ	WBC		/μl	AST		u/l			
	食べ物	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()		RBC		万/μl	ALT		u/l			
	その他	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()		Hb		g/dl	血糖		mg/dl			
				TP		g/dl	HbA1c		%			
				Alb		g/dl	Na		mEq/l			
既往歴					TG		mg/dl	K		mEq/l		
					<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> アルツハイマー型 <input type="checkbox"/> 脳血管性 <input type="checkbox"/> レビー小体型 <input type="checkbox"/> 前頭側頭型 <input type="checkbox"/> その他() <症状・BPSD>							
感染症の既往歴	<input type="checkbox"/> 結 核 <input type="checkbox"/> 疥 癬 <input type="checkbox"/> 梅 毒 <input type="checkbox"/> その他 (時期と経過)				処方							
現病歴												
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	<input type="checkbox"/> 経管栄養(回/日) (経鼻 ・ 胃瘻 ・ 食道胃管) <input type="checkbox"/> 在宅酸素() <input type="checkbox"/> 人工肛門 <input type="checkbox"/> 持続点滴 (末梢 ・ CV ・ CV ポート) <input type="checkbox"/> 痰吸引				<input type="checkbox"/> 尿道カテーテル留置 <input type="checkbox"/> 透析(回/週) <input type="checkbox"/> インスリン(回/自己注射の可・否) <input type="checkbox"/> 血糖測定 <input type="checkbox"/> 創傷処置 <input type="checkbox"/> 褥瘡処置 <input type="checkbox"/> ペースメーカー <input type="checkbox"/> 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

2021.06

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