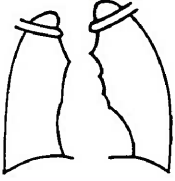


ケアハウス楠の木ホーム健康診断書

氏 名				性 別	
				男 ・ 女	
住 所				生年月日	
				年 月 日生	
身 長	体 重	血 圧	脈 拍	呼 吸	
cm	kg	/		SPO ₂ %	
視 力		聴 力	血液型	Rh	
R ()		R ()		+	
L ()		L ()		-	
肝機能			尿検査		
AST(GOT) ()		蛋白質 ()			
ALT(GRT) ()		潜血 ()			
総コレステロール ()		尿糖 ()			
血液検査					
赤血球 ()		血小板数 ()			
白血球 ()		グルコース(血糖) ()			
血色素 ()		HBA1c			
伝 染 性 疾 患					
1 結核の有無 (有 ・ 無) (所見)					
2 肝炎 HBS抗原 () HCV抗体 ()					
3 MRSA感染症に関する所見 ()					
胸部X線	年 月 日			心 電 図	
					
既 往 歴			認知症および精神疾患等の有無		
現 病 歴			常 用 薬		
生活上の指導事項					

上記の通り診断します。

年 月 日

住 所

医 師

印