横須賀養護老人ホーム入所の為の 「健康診断書」

氏　名	男 ・女　年齢　歳 生年月日　M・T・S　年　月　日
〈現病名〉 1 2 3 4 5	 (S・H・R　年　月　日頃から) (S・H・R　年　月　日頃から) (S・H・R　年　月　日頃から) (S・H・R　年　月　日頃から) (S・H・R　年　月　日頃から)
〈既往歴〉 1 2 3 4 5 その他	 (　年) (　年) (　年) (　年) (　年) (　年) ※視覚障害の原因となった疾病・外傷名
〈処方・処置〉	
身長　cm　体　重　kg　(令和　年　月　日)	
薬物アレルギー　無・有(　) 食物アレルギー　無 ・ 有(　)	
〈所　見〉 ＊血圧　/　mmHg ＊胸部X-P　(撮影日　令和　年　月　日) 結核　(無・有)　CTR　(　%) ＊採血　(採血日　令和　年　月　日) WBC (　) RBC　(　) Hb　(　) PLT(　) TP　(　) Alb　(　) TCHO　(　) BUN(　) ｸﾚｱﾁﾆﾝ(　) GOT (　) GPT　(　) γ-GTP(　) LDH(　) ALP　(　) 血糖(　) HbA1C(　)	
〈感染症〉 HCV　(＋ ・ －) HBS抗原　(＋ ・ －) HBS抗体　(＋ ・ －) TPHA　(＋ ・ －) 疥癬　(既往歴の有無・検査は不要です)　有 ・ 無　(　年　月　日) MRSA　(既往歴の有無・検査は不要です)　有 ・ 無　(　年　月　日)	
〈注意事項〉	
令和　年　月　日 医療機関名 住　所 電　話 医師名　㊞	