

# 健康診断書

※全項目の検査をお願いいたします。

|                 |  |           |                                |                        |       |
|-----------------|--|-----------|--------------------------------|------------------------|-------|
| 患者名             |  | 性別<br>男・女 | 年齢<br>才                        | 生年月日<br>明治 大正<br>昭和 平成 | 年 月 日 |
| 傷病名<br>既往歴      | 症状・経過<br>留意点                               |           |                                |                        |       |
| 認知症<br>の状況      | 主な症状:                                      |           |                                |                        |       |
|                 | 精神症状の有無 < 徘徊・不潔行為・不穏興奮・幻覚・妄想・暴力・暴言・摂食障害等 > |           |                                |                        |       |
|                 | 認知症高齢者の日常生活自立度                             |           | 日常生活自立度                        |                        |       |
|                 | < 認知症なし・I・II・IIa・IIb・III・IIIa・IIIb・IV・M >  |           | < 正常・J1・J2・A1・A2・B1・B2・C1・C2 > |                        |       |
| 定期<br>処方        |  |           | 臨時<br>処方                       |                        |       |
| 生活上<br>の<br>留意点 | <アレルギーの有無> 無・有( )                          |           |                                |                        |       |
|                 | <食事制限の有無> 無・有( )                           |           |                                |                        |       |
|                 |  |           |                                |                        |       |

※検査所見

|     |                  |    |    |       |           |
|-----|------------------|----|----|-------|-----------|
| 身長  | cm               | 体重 | kg | 胸部X-P | 感染症 ( )   |
| 尿検査 | 蛋白( ) 糖( ) 潜血( ) |    |    | 所見 :  | 梅毒 ( )    |
| 心電図 |                  |    |    |       | HCV抗体 ( ) |
|     |                  |    |    |       | HBs抗原 ( ) |
|     |                  |    |    |       | HBs抗体 ( ) |
|     |                  |    |    |       | MRSA ( )  |
|     |                  |    |    |       | 疥癬 ( )    |
|     |                  |    |    |       | 褥瘡 ( )    |

上記の通り診断いたしました。

令和 年 月 日 医療機関名  
住所  
電話番号  
医師名

印