

## 健康診断書

ふりがな 氏名	(男・女)		生年月日	M・T・S	年	月	日(歳)
住所	〒						
計測等	[身長]	cm		【体重】	Kg		
	[血压]	(最高)	mmHg		(最低)	mmHg	
	[視力]	(右)	(左)		特記事項		
	[聴力]	(右)	(左)		(補聴器)	要・不要	
	[血液]	型 (梅毒反応)		陽性・陰性		(HBs抗原)	陽性・陰性
					(HCV抗体)	陽性・陰性	
検査	直接胸部X線所見		心電図所見		尿		
既往歴及び概要	結核・心疾患・脳血管障害・高血圧・糖尿病・消化器疾患・肝臓病・腎臓病 伝染性疾患・神経及び関節疾患・リウマチ・がん・パーキンソン病・眼疾患・皮膚病 その他 ※該当するものがあれば、○で囲んでください						
	【概要】						
一般状況 (生活状況)	[排泄状況]	(失禁)	ある・時々ある・ない				
		(尿意)	ある・時々ある・ない				
		(オムツ等使用)	している・時々している・していない				
		(自立した排泄)	できる・できない				
	[歩行状況]	自立歩行・つかまり歩き(杖、歩行器、手押し車使用)・階段昇降困難					
	[食事状況]	(配膳、下膳)	できる・できない				
(嚥下状況)		問題なし・問題あり					
(食事中の見守り)		必要・不要					
(特別食)		キザミ・ミキサー・カロリー食(cal)・不要					
[入浴状況]	(入浴)	自立・見守りが必要・介助が必要					
	(衣類の着脱)	自立・見守りが必要・介助が必要					
	(入浴頻度)	ほぼ毎日・時々・不定期(回/週)					
[精神状況]	そう・うつ・統合失調症・神経症・認知症・その他						
[その他]	特記事項等						
現在の病名及び投薬状況について							

上記のとおり診断しました。

医療機関 所在地・名称

令和 年 月 日

担当医師名

印