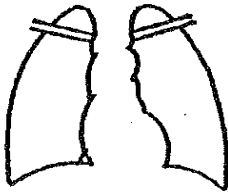


健康情報提供書(健康診断書)

記入日 令和 年 月 日

ふりがな		男・女	生年月日	M・T・S	年	月	日	才		
住所				電話番号	()					
主病名				既往歴						
現在までの経緯				服薬の内容						
				アレルギー	無・有 ()					
体格	身長	cm	体重	kg	皮膚	疥癬 (無・有) 褥瘡 (無・有)				
血液一般	RBC	血液型 尿一般	A・B・O・AB (RH+・-)		感染症	HBs抗原 (-・+)		TPHA (-・+)		
	Hb		蛋白 (-・±・+)			HCV抗体 (-・+)				
	WBC		糖 (-・+)			MRSA (-・+) 部位 ()				
	PLT		潜血 (-・+)			HBs抗原(+)ならばHBs抗体を、HCV抗体(+) ならばRNA定量を行なって下さい。				
生化学	ALB	BUN			胸部レントゲン	結核 (無・有) PCR法 (-・+)				
	AST	Creat					撮影日 年 月 日			
	ALT	UA								
	r-GTP	Na								
	T-ch	K								
	HDL	Cl								
	TG	糖尿病の方 FBS								
	CRP	HbA1c								
麻痺	無・有	右: 上肢	下肢		運動失調 不随運動	無・有	右: 上肢	下肢		
		左: 上肢	下肢				左: 上肢	下肢		
認知症	無・I・IIa・IIb・IIIa・IIIb・IV・M (HDS-R /30)			精神障害	無・有 ()					
構音障害	無・有 ()			失語症	無・有 ()					
備考										
医療機関名 所在地 医師氏名 印										