

健康診断書

氏名	男・女		生年月日	明・大・昭 年 月 日 (歳)		
住所						
病名	現病名			既往症		
症状・経過						
投薬内容						
検査	検血	赤血球		感染症	HBs抗原*	(- ・ +)
		白血球			HCV抗体*	(- ・ +)
		ヘモグロビン			梅毒反応 TPHA*	(- ・ +)
		ヘマトクリット			MRSA (部位)	(- ・ +)
		血小板				(部位)
	生化学	GOT		検尿	蛋白	(- ・ +)
		GPT			糖	(- ・ +)
		BUN			潜血	(- ・ +)
		クレアチニン				
	バイタル	TP				
血糖値						
	血压	脈				
	血液型		胸部 X - P			
	心電図					
皮膚症状	褥瘡 無 ・ 有 (部位) (程度) 疥癬 無 ・ 有					
認知症	認知症日常生活自立度 なし I IIa IIb IIIa IIIb IV M					

平成 年 月 日

恐れ入りますが、*印のデータ添付をお願いします。

医療機関名
住 所
電 話
医 師 名

印