

特別養護老人ホーム御殿町 健康診断書

氏名	(男・女)		生年月日		
住所				電話	
既往症			血液一般	白血球数	千/ $\mu$ l
				赤血球数	万/ $\mu$ l
				血色素量	g/dl
				ヘマトクリット値	%
				血小板数	万/ $\mu$ l
			血糖	血糖	mg/dl
ヘモグロビンA1C	%				
内服等			腎機能	血清クレアチニン	mg/dl
				BUN	mg/dl
			肝機能等	総蛋白質	g/dl
				アルブミン値	g/dl
				総コレステロール	mg/dl
				AST	U/l
ALT	U/l				
伝染性疾患	結核		梅毒		
	HBs		MRSA		
	HCV		疥癬		
	その他				
アレルギー	有 ・ 無		禁忌薬物等		
身長・体重	cm	kg	血 圧	/ mmHg	
栄養 (食事箋)	主 食	副 食	食事種類・内容		
	<input type="checkbox"/> 普通	<input type="checkbox"/> 常菜食	<input type="checkbox"/> 一般食事		
	<input type="checkbox"/> 全粥	<input type="checkbox"/> 刻み食	<input type="checkbox"/> 糖尿病食 エネルギー ( kcal)		
	<input type="checkbox"/> ( ) 粥	<input type="checkbox"/> ソフト食	<input type="checkbox"/> 減塩食 塩分 ( g)		
	<input type="checkbox"/> ペースト粥	<input type="checkbox"/> ペースト食	<input type="checkbox"/> 腎臓病食 たんぱく質 ( g) ・ 水分 ( ml)		
	<input type="checkbox"/> パン	<input type="checkbox"/> 流動食	<input type="checkbox"/> 脂質異常食	禁 食	
	<input type="checkbox"/> ( )	<input type="checkbox"/> ( )	<input type="checkbox"/> 貧血食	食品名 :	
	<input type="checkbox"/> 濃厚流動食				
胸部レントゲン	撮影日令和 年 月 日		心電図		
入居に際しての注意	※施設入居に対して注意することがあれば記入してください。				
上記のとおり、診断します。					
令和 年 月 日					
病院名 所在地 電話番号 医師名					