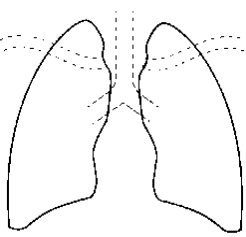


# 健康診断書・診療情報提供書

氏名	様	生年月日	T	S	年齢	性別
		年 月 日			歳	男・女
診断名	1.	3.	5.			
	2.	4.	6.			
既往歴	アレルギー <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 薬物・食物 ( ) <input type="checkbox"/> 不明					
傷病経過 及び 治療内容						
現在の処方						
検査成績 (検査実施日 年 月 日)						
感染症	Hbs抗原	( - ・ + )	梅毒:TPHA( - ・ + )、STS(凝集法・カーボン法・ガラス板法の内1法)( - ・ + )			
	HCV抗体	( - ・ + )				
	疥癬	( - ・ + )	他の皮膚疾患: <input type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 有( )			
血液	白血球	赤血球	血色素	ヘマトクリット	血小板	
生化学	総蛋白	総コレステロール		中性脂肪	尿素窒素	クレアチニン
	GOT	GPT	血糖	HbA1c(糖尿病の場合)		
尿	糖( )	蛋白( )	潜血( )	その他( )		
心電図(年 月 日)	胸部X-P(年 月 日)			現症		
<input type="checkbox"/> 正常範囲 <input type="checkbox"/> 異常	<input type="checkbox"/> 正常範囲 <input type="checkbox"/> 異常 			認知症 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 精神症状 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 問題行動 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 褥瘡 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (部位 )		
リハビリ実施	<input type="checkbox"/> 必要 訓練目的: 1. 拘縮予防 2. 筋力低下予防 3. ADL自立 4. 歩行訓練 5. その他( ) <input type="checkbox"/> 不要					
医療機関・施設名称						
上記のとおり診断します。			所在地			
年 月 日			電話番号			
						印

\*感染症については必ずご記入下さい。