

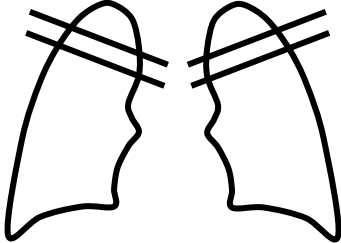
健康診断書

(注)この様式は基本的な健康診断書です。疾患に基づく検査データがありましたら添付してください。

(横浜市介護老人保健施設共通様式)

フリガナ氏名	男女	生年月日 明治・大正・昭和 年 月 日(歳)
住所	TEL	

病名	既往歴
症状と経過	処方内容

(身長 cm) (体重 kg) (血圧 / mmHg) (脈拍 回/分)		
検査項目	検査結果	胸部レントゲン(令和 年 月 日撮影) 医師所見
尿	蛋白質 - ± +	 <p>異常あり・異常なし</p>
	糖 - ± +	
	潜血 - ± +	
感染症	H B s 抗原() 抗体()	
	H C V 抗体 + -	
	疥癬 - + 部位()	
皮膚疾患(含褥瘡)	無・有()	結核の既往 無・有(歳)
アレルギー(食物・薬)	無・有()	視力障害 無・有()
麻痺	無・有()	聴力障害 無・有()
拘縮	無・有()	言語障害 無・有()
特記事項		
* 現在治療中の場合は、必要に応じて意見書(様式自由)を添付してください。		

上記のとおり、診断いたします。

令和 年 月 日

医療機関名
所在地
医師氏名

印

【E-4】

いつも大変お世話になっております。現在の状況について当施設利用可否の判断資料と致したく、別紙健康診断書と併せて下記内容について、最新のデータもしくは3ヶ月以内の検査データの記載（もしくはコピーの添付）をお願い致します。ご多忙の折、恐縮ですがご協力をお願い致します。

受検者 _____ 様 検査日：令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日

肝疾患	AST (GOT)		8~33IU/ℓ
	ALT (GPT)		6~33IU/ℓ
	LDH		180~370IU/ℓ
	総蛋白		6.5~8.2g/dℓ
	アルブミン値		3.8~5.3g/dℓ
腎疾患	クレアチニン		M:0.6~1.0 mg/dℓ F:0.4~0.8 mg/dℓ
	尿素窒素		8~20 mg/dℓ
	Na (ナトリウム)		135~150mEq/ℓ
	K (カリウム)		3.5~5.0 mEq/ℓ
	Cl (クロール)		96~108 mEq/ℓ
脂質代謝異常	総コレステロール		129~232 mg/dℓ
	HDL コレステロール		M:30~86 mg/dℓ F:40~99 mg/dℓ
	LDL コレステロール		70~139 mg/dℓ
	中性脂肪		29~188 mg/dℓ
貧血	赤血球数		M:430万~570万/m ³ F:390万~570万/m ³
	白血球数		4000~9000/m ³
	ヘモグロビン		M:13.0~17.0g/dℓ F:11.5~15.5g/dℓ
	ヘマトクリット		M:40.2~49.4% F:34.4~45.6%
	血小板数		14万~34万/m ³
感染症後	CRP		定性法 (-) 定量法 0.3 mg/dℓ
糖尿病	血糖	食前・後 時間	空腹 70~109 mg/dℓ 食後 140 mg/dℓ以下
	HbA1c	※糖尿病の場合は記載願います	4.3%~5.8%
			*BNP、INR など必要に応じて記載願います

●心疾患、高血圧があり心電図のデータがあればコピーの添付をお願いいたします。

●胸部レントゲン写真をお貸しください。利用判定会議終了後に返却させていただきます。

ご協力ありがとうございました。