



入所前健康診断書

令和 年 月 日

特別養護老人ホーム 市川あさひ荘 様

医療機関の所在地及び名称

電話番号

医師氏名

ふりがな					男	生年月日	M・T・S						
患者氏名					女		()						
患者住所						電 話							
傷病名													
既往歴及び家族歴、アレルギー(薬・食物)													
病状及び治療経過													
現在の処方(処方箋のコピーまたは薬剤情報のコピー添付でもかまいません)													
利用中に注意すべき事項、リハビリ必要性及び実施状況													
血液	赤血球		白血球		血色素数		ヘマトクリット		HBs抗原		MRSA		
	総コレステロール		中性脂肪		総蛋白質		BUN		HCV抗体		ワッセルマン氏反応		
	血清アルブミン		血糖		HbA1c		クレアチニン		梅毒(TPHA)				
	rGTP		GPT		GOT		Na		K				
尿	タンパク		糖		潜血		令和 年 月 日 (検査実施日)						
最近の血圧: / mmhg						体温		℃		身長= cm		体重= kg	
心電図所見 検査 年 月 日						心疾患・認知 皮膚疾患(褥瘡・疥癬等)※既往も含めてご記入ください							
結核の既往 有 無													
歳 部位 歳 部位													
胸部X-P 所見 検査 年 月 日													