

## 健康診断書 兼 診療情報提供書

フリガナ 氏名	男・女	生年月日	大正・昭和	年	月	日	歳
------------	-----	------	-------	---	---	---	---

身長		体重		血压		脈拍		体温	
視力	無・有 ( )			聴力	無・有 ( )				
言語障害	無・有 ( )			意思疎通	可・困難 ( )				

血液検査・尿検査 ※検査結果のデータコピーをお願いします。

血液型( )	型	Rh( )
血液一般	(白血球数、赤血球数、血液色素、ヘマトクリット、血小板数、MCV、MCH、MCHC)	
肝機能	(総ビリルビン、GOT、GPT、γ-GPT)	
脂質	(総コレステロール、HDL、LDL、中性脂肪)	
糖代謝	(血糖、HbA1c)	
腎機能	(尿素窒素、クレアチニン、Na、Cl、K)	
尿一般	(糖、蛋白、潜血)	

感染症		心電図	胸部X線検査
HBs抗原 ( + ・ - )	所見	所見	年 月 日撮影
HCV抗体 ( + ・ - )			異常なし ・ 異常あり
その他 ( + ・ - )			
※その他感染症(+の場合、疾患名 ( )			



認知症の診断	<input type="checkbox"/> アルツハイマー型	<input type="checkbox"/> 脳血管性	<input type="checkbox"/> レビー小体型
無 ・ 有	<input type="checkbox"/> 前頭葉側頭葉型	<input type="checkbox"/> その他 ( )	

既往歴・現病歴	処方薬
	アレルギー
	食物アレルギー 有・無 ( )
	薬剤アレルギー 有・無 ( )

総合所見

年月日 年 月 日

医療機関名

所在地

連絡先

医師名

印

※この診断書はラフレヴィータ板橋若木の入居の際に使用させていただきます。

〒174-0065 東京都板橋区若木3丁目9番

有料老人ホーム ラフレヴィータ板橋若木

TEL : 03-6906-6625 FAX : 03-6906-6635