

健康診断書

(白寿会・平平會グループ所定様式)

(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下さい。

※記載漏れがありますと再度のお願いすることとなり、ご家族様にもご迷惑がかかります。
もれなくご記入お願い致します。

氏名		男・女	生年月日	M・T・S	年	月	日生	歳
住所				TEL				

※診断項目は、もれなく記入をお願いします。

現病名 (認知症疾患のある場合は、必ず記載して下さい)			
/		/	
/		/	
/		/	
/		/	

認知症の程度: 軽度・中程度・重度 (長谷川式 点) 介護認定区分:

既往歴

年月	病名	年月	病名
/		/	
/		/	
/		/	
/		/	

・アレルギー 有・無 () ・薬剤名()

・病歴(病歴は病名別に治療の経過、内容を記入して下さい)

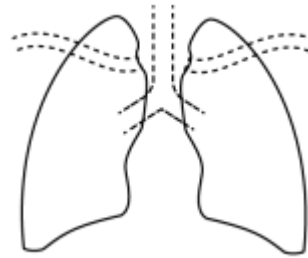
検査成績

※下記太枠部分は漏れが多い為漏れのないようお願いします。

身長	cm	尿検査	糖	
体重	Kg		蛋白	
血圧	~ mmHg		潜血	
脈拍	/分 不整(+・-)	血液型	ABO式() Rh()	
皮膚疾患の有無 (+・-) (+)の場合、その疾患()		ワ氏	(+・-)	
		HBs 抗原	(+・-)	
		HCV抗体	(+・-)	
疥癬	(+・-)	結核の既往		

胸部エックス線撮影

1. 異常なし
2. 要観察
3. 要加療



撮影年月日 年 月 日

•処方内容(別紙添付でもかまいません)

※血液検査結果報告書添付をお願いします。(3ヶ月以内)

<一般的な血液データとして>

TP	赤血球
ALB	白血球
GOT	血色素
GPT	ヘマトクリット
ALP	MCV
LDH	MCH
γ-GTP	MCHC
HDL	血小板
LDL	
TG	
尿酸	
尿素窒素	
クレアチニン	
BS	
HbA1c (糖尿病あれば)	

※日常生活自立度・認知症判定ランク・ADLにつきましても記入をお願いします。

日常生活自立度	<input type="checkbox"/> ランク J	<input type="checkbox"/> ランク A	<input type="checkbox"/> ランク B	<input type="checkbox"/> ランク C			
認知症判定(ランク)	<input type="checkbox"/> I	<input type="checkbox"/> IIa	<input type="checkbox"/> IIb	<input type="checkbox"/> IIIa	<input type="checkbox"/> IIIb	<input type="checkbox"/> IV	<input type="checkbox"/> M

食事	自立・一部介助・全介助	起き上がり	自立・一部介助・全介助
	形態(普・キザミ・ミキサー)	座位保持	自立・一部介助・全介助
更衣	自立・一部介助・全介助	立ち上がり	自立・一部介助・全介助
排泄	自立・一部介助・全介助	立位保持	自立・一部介助・全介助
入浴	自立・一部介助・全介助	屋内歩行	自立・一部介助・全介助
歩行	自立・一部介助・全介助	屋外歩行	自立・一部介助・全介助
寝返り	自立・一部介助・全介助	言語障害	有・無
意思疎通	可・困難	聴力障害	有・無
徘徊	有・無	視力障害	有・無
不潔行為	有・無		

日常生活上の留意点
現在の状況 在宅療養中・施設入所中及び入院中 (入院日 年 月 日)
上記のとおり、診断いたします。 平成 年 月 日 医療機関名 所在地 TEL/FAX 医師氏名 印

健康診断書

(白寿会・平平會グループ所定様式)

(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下さい。

※記載漏れがありますと再度のお願いすることとなり、ご家族様にもご迷惑がかかります。
もれなくご記入お願い致します。

氏名	白寿 太郎	男・女	生年月日	M・T・S 9 年 9 月 23日生 84 歳
住所	横浜市中区〇〇町…		TEL 045-(〇〇〇)-〇〇〇〇	

※診断項目は、もれなく記入をお願いします。

現病名 (認知症疾患のある場合は、必ず記載して下さい)			
H19/2	アルツハイマー型認知症	/	
H21/10	前立腺肥大症	/	
H22/12	C型肝炎	/	
/		/	

認知症の程度: 軽度・中程度・重度 (長谷川式 15 点)	介護認定区分: 要介護 3
-------------------------------	---------------

既往歴

年月	病名	年月	病名
H15/3	大腸ガン	/	
H19/9	慢性硬膜下血腫	/	
/		/	
/		/	

・アレルギー 有・無 () ・薬剤名(セフゾン)

・病歴(病歴は病名別に治療の経過、内容を記入して下さい)

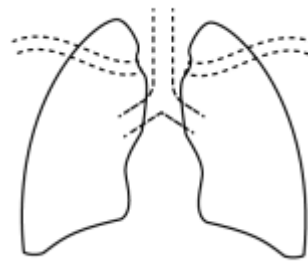
検査成績

※下記太枠部分は漏れが多い為漏れのないようお願いします。

身長	165 cm	尿検査	糖	(-)
体重	65.8 Kg		蛋白	(-)
血圧	137 ~ 75 mmHg		潜血	(-)
脈拍	82 /分 不整 (+・-)	血液型	ABO式(A) Rh(+)	
皮膚疾患の有無 (+・-) (+)の場合、その疾患()		ワ氏	(+・-)	
		HBs 抗原	(+・-)	
		HCV抗体	(+)・-	
疥癬	(+・-)	結核の既往	(-)	

胸部エックス線撮影

1. 異常なし
2. 要観察
3. 要加療



撮影年月日 H29年12月13日

陳旧性肺結核など

•処方内容(別紙添付でもかまいません)

※血液検査結果報告書添付をお願いします。(3ヶ月以内)

<一般的な血液データとして>

TP	赤血球
ALB	白血球
GOT	血色素
GPT	ヘマトクリット
ALP	MCV
LDH	MCH
γ -GTP	MCHC
HDL	血小板
LDL	
TG	
尿酸	
尿素窒素	
クレアチニン	
BS	
HbA1c (糖尿病あれば)	

※日常生活自立度・認知症判定ランク・ADLにつきましても記入をお願いします。

日常生活自立度	<input type="checkbox"/> ランク J	<input checked="" type="checkbox"/> ランク A	<input type="checkbox"/> ランク B	<input type="checkbox"/> ランク C			
認知症判定(ランク)	<input type="checkbox"/> I	<input type="checkbox"/> IIa	<input type="checkbox"/> IIb	<input checked="" type="checkbox"/> IIIa	<input type="checkbox"/> IIIb	<input type="checkbox"/> IV	<input type="checkbox"/> M

食事	<input checked="" type="checkbox"/> 自立・一部介助・全介助	起き上がり	<input checked="" type="checkbox"/> 自立・一部介助・全介助
	形態 <input checked="" type="checkbox"/> 普・キザミ・ミキサー)	座位保持	<input checked="" type="checkbox"/> 自立・一部介助・全介助
更衣	自立・一部 <input checked="" type="checkbox"/> 介助・全介助	立ち上がり	<input checked="" type="checkbox"/> 自立・一部介助・全介助
排泄	自立・一部 <input checked="" type="checkbox"/> 介助・全介助	立位保持	自立・一部 <input checked="" type="checkbox"/> 介助・全介助
入浴	自立・一部 <input checked="" type="checkbox"/> 介助・全介助	屋内歩行	自立・一部 <input checked="" type="checkbox"/> 介助・全介助
歩行	自立・一部 <input checked="" type="checkbox"/> 介助・全介助	屋外歩行	自立・一部 <input checked="" type="checkbox"/> 介助・全介助
寝返り	<input checked="" type="checkbox"/> 自立・一部介助・全介助	言語障害	有・ <input checked="" type="checkbox"/> 無
意思疎通	可・ <input checked="" type="checkbox"/> 困難	聴力障害	有・ <input checked="" type="checkbox"/> 無
徘徊	有・ <input checked="" type="checkbox"/> 無	視力障害	有・ <input checked="" type="checkbox"/> 無
不潔行為	有・ <input checked="" type="checkbox"/> 無		

日常生活上の留意点	
現在の状況 <input checked="" type="checkbox"/> 在宅療養中・施設入所中及び入院中 (入院日 年 月 日)	
上記のとおり、診断いたします。	
平成 29 年 12 月 13 日	
医療機関名	〇〇病院(クリニック)
所在地	横浜市…
TEL/FAX	045-…
医師氏名	医師 〇〇〇〇 印