

(株)白寿会・(医)平平會グループ

健康診断書

(注)この様式は当グループ法人所定様式ですので、特記事項や疾患に基づく検査データ等ございましたら別途添付をお願い致します。

ふりがな 氏名		男・女	生年月日	M・T・S 年 月 日生 (歳)
住所	〒			TEL ()

※診断項目は、記入漏れがない無い様をお願い致します。

現病名	※認知症疾患名は、必ずご記入下さい。		
/		/	
/		/	
/		/	
/		/	

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
/		/	
/		/	
/		/	
/		/	

・病歴 (病歴は病名別に治療の経過、内容をご記入下さい。)

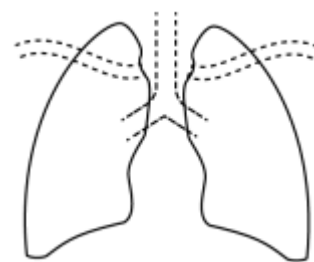
検査成績

※下記太枠部分、記入漏れが多い為漏れないようお願い致します。

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	A B O 式 () Rh ()	
皮膚疾患の有無 (+・-) (+)の場合、 その疾患 ()		ワ氏	(+・-)	
疥癬 (+・-)		HBs 抗原	(+・-)	
M R S A (+・-) その他感染症 ()		HCV 抗体	(+・-)	
心電図	異常なし・異常あり (所見 ())			
薬物過敏症	なし・あり (薬剤名: ())			
食物アレルギー	なし・あり (食物名: ())			

胸部エックス線撮影

1. 異常なし
2. 要観察
3. 要加療



©メディカルイラスト図鑑

撮影年月日 年 月 日

処方内容 (別紙・判断付く物の添付でも構いません。)

※血液検査結果報告書添付をお願いします。(直近3ヶ月以内のもの)

<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のご記入をお願い致します。

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"/> II a	<input type="checkbox"/> II b	<input type="checkbox"/> III a	<input type="checkbox"/> III b	<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		

日常生活上の注意点・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)			
上記の通り、診断致します。			
令和	年	月	日
医療機関名			
所在地			
TEL/FAX			
診断医師氏名			(印)

記入例

(株)白寿会・(医)平平會グループ
健康診断書

(注)この様式は当グループ法人所定様式ですので、特記事項や疾患に基づく検査データ等ございましたら別途添付をお願い致します。

ふりがな 氏名	はくじゅ たろう 白寿 太郎	男・女	生年月日	M・T・S 1年 4月 1日生 (94 歳)
住所	〒000-0000 横浜市中区〇〇町・・・		TEL 045 (650)・・・	

※診断項目は、記入漏れがない無い様をお願い致します。

現病名	※認知症疾患名は、必ずご記入下さい。		
H19/2	アルツハイマー型認知症	/	
H21/10	前立腺肥大症	/	
H22/2	C型肝炎	/	
H23/5	高血圧症	/	
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	大腸がん	/	
H19/9	慢性硬膜下血腫	/	
/		/	
/		/	

・病歴 (病歴は病名別に治療の経過、内容をご記入下さい。)

㊦ アルツハイマー型認知症 内服中であるが、徐々に進行している。

高血圧症 内服にて BP130 台/70 台と安定している。・・・等

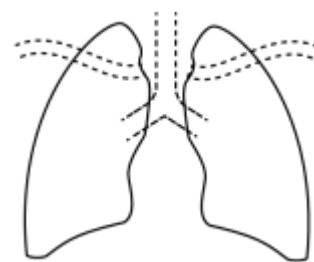
検査成績

※下記太枠部分、記入漏れが多い為漏れないようお願い致します。

身長	165 cm	尿検査	糖	-
体重	65.5 Kg		蛋白	-
血圧	137 ~ 75 mmHg		潜血	-
脈拍	82 /分 不整 (+) · (-)	血液型	A B O 式 (A) R h (+)	
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	なし · あり (いつ頃に)	
M R S A (+ · (-))	その他感染症 (-)			
心電図	異常なし · 異常あり (所見)			
薬物過敏症	なし · あり (薬剤名:)			
食物アレルギー	なし · あり (食物名: 卵)			

胸部エックス線撮影

1. 異常なし
2. 要観察
3. 要加療



©メディカルイラスト図鑑

撮影年月日 R 2 年 1 0 月 1 日

処方内容 (別紙・判断付く物の添付でも構いません。)

例 別紙参照して下さい。 . . . 等

※血液検査結果報告書添付をお願いします。(直近3ヶ月以内のもの)

<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のご記入をお願い致します。

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"/> II a	<input type="checkbox"/> II b	<input checked="" type="checkbox"/> III a	<input type="checkbox"/> III b	<input type="checkbox"/> IV	<input type="checkbox"/> M

食 事	<input checked="" type="radio"/> 自立 ・ 一部介助 ・ 全介助	起き上がり	自立 ・ <input checked="" type="radio"/> 一部介助 ・ 全介助
	形態 <input checked="" type="radio"/> 普 ・ キザミ ・ ミキサ-	座位保持	自立 ・ <input checked="" type="radio"/> 一部介助 ・ 全介助
更 衣	自立 ・ <input checked="" type="radio"/> 一部介助 ・ 全介助	立ち上がり	自立 ・ <input checked="" type="radio"/> 一部介助 ・ 全介助
排 泄	<input checked="" type="radio"/> 自立 ・ 一部介助 ・ 全介助	立位保持	自立 ・ <input checked="" type="radio"/> 一部介助 ・ 全介助
入 浴	自立 ・ <input checked="" type="radio"/> 一部介助 ・ 全介助	屋内歩行	自立 ・ <input checked="" type="radio"/> 一部介助 ・ 全介助
歩 行	自立 ・ <input checked="" type="radio"/> 一部介助 ・ 全介助	屋外歩行	自立 ・ <input checked="" type="radio"/> 一部介助 ・ 全介助
寝返り	<input checked="" type="radio"/> 自立 ・ 一部介助 ・ 全介助	言語障害	有 ・ <input checked="" type="radio"/> 無
意思疎通	可 ・ <input checked="" type="radio"/> 困難	聴力障害	有 ・ <input checked="" type="radio"/> 無
徘徊	<input checked="" type="radio"/> 有 ・ 無	視力障害	有 ・ <input checked="" type="radio"/> 無
不潔行為	有 ・ <input checked="" type="radio"/> 無		

日常生活上の注意点・留意点

例 徘徊がある為、施設の生活に慣れるまでは見守り等が必要。 . . . 等

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)

上記の通り、診断致します。

令和 2年 10月 1日

医療機関名 **〇〇〇〇クリニック**

所在地 **横浜市中区〇〇町 . . .**

TEL/FAX **045-650 . . . /045-650 . . .**

診断医師氏名 **平平 次郎**

