

(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にお願い致します。

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。）							

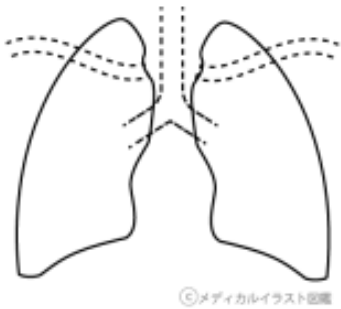
検査成績

※下記太枠部分、記入漏れが多い為漏れの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（ ） 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 ）		
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



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	☐ ランク J ☐ ランク A ☐ ランク B ☐ ランク C						
認知症判定(ランク)	☐ I	☐ II a	☐ II b	☐ III a	☐ III b	☐ IV	☐ 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			

