

健康診断書

フリガナ		性別	生年月日(歳)
氏名		男・女	昭和・平成 年 月 日(歳)
住所	〒 電話番号		
既往歴			
現病歴			
身長	cm	体重	kg
平熱	°C		
血压	mmHg	脈拍	不整(有・無)
胸部X-P	異常(あり・なし)	心電図	異常(あり・なし)
伝染性疾患	結核 (- ・ +)	MRSA (- ・ +)	
	梅毒 (- ・ +)	疥癬 (- ・ +)	
	HCV抗原 (- ・ +)	HBs抗原 (- ・ +)	
血液型	型	尿検査	蛋白 (- ・ +) 糖 (- ・ +) 潜血 (- ・ +)
認知症状	認知症診断 (有 ・ 無) 診断名: 症状 <input type="checkbox"/> 記憶障害 <input type="checkbox"/> 実行機能障害 <input type="checkbox"/> 判断力の障害 <input type="checkbox"/> 問題解決能力の障害 <input type="checkbox"/> 見当識障害 <input type="checkbox"/> 失行 <input type="checkbox"/> 失認 <input type="checkbox"/> 失語 HDS-R ・ MMSE 点		
BPSD	<input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 暴言 <input type="checkbox"/> 暴力 <input type="checkbox"/> 介護者への抵抗 <input type="checkbox"/> 異食 <input type="checkbox"/> 幻視 <input type="checkbox"/> 幻覚 <input type="checkbox"/> 妄想 <input type="checkbox"/> 性的な異常行動 <input type="checkbox"/> 火の不始末 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> その他()		
その他 留意すべき 症状			
上記のとおり診断します			
令和 年 月 日	医療機関	名称	
	医師	住所	
		氏名	㊞