健　康　診　断　書

令和　　年　　月　　日	社会福祉法人　上寿の会	ケアハウス　オパール室蘭・オパール八丁平	
フリガナ		生年月日	M T　年　月　日 満　才 S
氏　名			
住　所	〒　　－	連絡先	自　宅　　－　　－ 携　帯　　－　　－

身　長	cm	体　重	kg	血　圧	／	心拍数		整・不整

既往症			感染症	HBs抗原	
				HCV抗体	
				ワ　氏	
現往症			視　力	右	・　（　・　）
				左	・　（　・　）
聴　力	右	左	胸部X線検査	直接　　間接 撮影日　年　月　日	

血液検査	貧　血	血色素量		心電図検査	
		赤血球数			
		白血球数			
		ヘマトクリット			
	血中脂質	LDLコレステロール			
		中性脂肪			
		HDLコレステロール			
	肝機能	AST（GOT）			
		ALT（GPT）		尿検査	糖
		γ-GTP			蛋白
		アルブミン			ｳﾛﾋﾟﾘﾉｰｹﾞﾝ
	糖	血糖			潜血
		HbA1c		施設入所に対する医師の意見	
	電解質	ナトリウム			
		カリウム			
		クロール			
	腎機能	尿素窒素			
		クレアチニン			

上記のとおり診断しました。

令和　　年　　月　　日

住　　所

病 院 名

医 師 名　　㊞