

令和 年 月 日

医療機関名 医療法人社団博仁会 大江病院

住所 北海道帯広市西20条南2丁目5番3号

電話 0155-33-6332

担当医師氏名

印

健康診断書

患者氏名	様	年齢	性別	生年月日
		歳		生
傷病名	発症または初診年月	傷病名	発症または初診年月	
1		5		
2		6		
3		7		
4		8		
既往歴				
診療経過及び現在の状態（入院・入所日 退院・退所日）				
認知症の有無とレベル				
現在の処方内容				
他（院）科受診状況				
備考				

施設での適応は可能

血液検査 (検査日)		尿検査 (検査日)	
白血球数		尿蛋白	+ ・ -
赤血球数		ウロビリノーゲン	+ ・ -
ヘモグロビン		尿糖	+ ・ -
ヘマトクリッド		尿潜血反応	+ ・ -
血小板		尿沈査	
総蛋白			
蛋白分画			
尿素窒素		感染症 (検査日)	
尿酸		MRSA 鼻腔	+ ・ -
クレアチニン		咽頭	+ ・ -
総コレステロール		尿	+ ・ -
HDLコレステロール			
中性脂肪		HBs抗原	+ ・ -
Na		HBs抗体	+ ・ -
K		HCV抗体	+ ・ -
Cl			
Ca		ワッ氏 ・ ガラス板定性	+ ・ -
TTT		・ TPHA	+ ・ -
GOT		結核の既往	有 ・ 無
GPT			
γ-GPT		その他	
総ビリルビン		・ 褥瘡 (部位) 有 ・ 無	
S-AMY			
血糖			
HbA1c			
胸部X線所見		心電図所見	
(撮影日)		(検査日)	
備考			