



健康診断書（入居前）

住所						受診日		年		月		日							
ふりがな						生年月日		明大昭		年		月		日		歳			
氏名																			
様 男 ・ 女																			
身長		cm		体重		kg		アレルギー		1. なし									
血圧		mmHg		脈拍		回				2. あり（ ）									
病歴		既往歴														1. なし		2. あり	
		治療中の病気														1. なし		2. あり	
		医療機関名																	
現症		自覚症状														1. なし		2. あり	
		他覚所見														1. なし		2. あり	
		(疥癬の有 無)																	
胸部 X線検査		1. 正常範囲														所見			
		2. 心配なし																	
心電図		1. 正常範囲														2. 心配なし		3. 異常所見	
		所見：																	
血液検査		白血球数		$\times 10^2 \mu\text{l}$		AST(GOT)		U/L		総コレステロール		mg/dl							
		赤血球数		$\times 10^4 \mu\text{l}$		ALT(GPT)		U/L		LDLコレステロール		mg/dl							
		血色素量		g/dl		γ -GTP		U/L		HDLコレステロール		mg/dl							
		ヘマトクリット		%		ALP		U/L		総蛋白		g/dl							
		血小板数		$\times 10^4 \mu\text{l}$		クレアチニン		mg/dl		ALB		g/dl							
		血糖(空腹時)		mg/dl		BUN		mg/dl		HBs抗原		(+) ・ (-)							
		HbA1c		%		Na		mEq/l		HCV抗体		(+) ・ (-)							
		CRP		mg/dl		Cl		mEq/l		TPHA		(+) ・ (-)							
		LDH		U/L		K		mEq/l		RPR		(+) ・ (-)							
				所見：								血液型		型 Rh()					
尿検査		蛋白		糖		潜血		沈渣		細菌									
		(-)		(-)		(-)		白血球：		赤血球：		／							
		所見：																	
培養検査		MRSA(咽頭または鼻腔)				(+) ・ (-)				部位									
		その他、多剤耐性菌等				(+) ・ (-)				部位									
上記のとおり診断します。																医療機関名			
年																月		日	
医師名																印			