

## 健康診断個人票

氏 名			年 齢	歳	健診年月日	令和	年	月	日
			性 別	男 ・ 女	生年月日	明・大 昭・平	年	月	日
診 断 名	①	④	BP / mmHg		PR /m	RR /m			
			SPO <sub>2</sub> %		(room air ・ O <sub>2</sub> l/m)				
	②	⑤	WBC		μl				
			RBC		× 10 <sup>4</sup> / μl				
既 往 症	③	⑥	Hb		g/dl				
			Ht		%				
	①	⑤	PLT		× 10 <sup>4</sup> / μl				
			CRP		mg/dl				
認 知 症	②	⑥	TP		g/dl				
			ALB		g/dl				
	③	⑦	AST		μ /l				
			ALT		μ /l				
経口摂取	④	⑧	γ -GTP		μ /l				
			LDH		μ /l				
	有 (HDS-R 点) ・ 無		CPK		μ /l				
	可 ・ 困難 ・ 不可		TC		mg/dl				
酸素・ ライン管理等 ※該当するところ に○を付けて ください	① 尿道カテーテル	⑤ O <sub>2</sub> 吸入	LDL-C		mg/dl				
	② NGチューブ	⑥ 気管切開術後	HDL-C		mg/dl				
	③ PEGチューブ	⑦ 人工肛門造設術後	TG		mg/dl				
	④ CV・IVH 管理	⑧ その他 ( )	UN		mg/dl				
内 服 薬 等			Cr		mg/dl				
			UA		mg/dl				
	①	⑤	Na		mEq/L				
			K		mEq/L				
身 長	②	⑥	Cl		mEq/L				
			FBS (DMの場合HbA1c)		mg/dl ( % )				
	③	⑦	心電図	正常範囲 所見あり 所見ありの場合 ( )					
	④	⑧							
BMI	Cm	体重	Kg						
視力	右	( )							
	左	( )							
聴力	右	1 所見なし 2 所見あり							
	左	1 所見なし 2 所見あり							
胸部X線	直接 ・ 間接 撮影 年 月 日		HBs Ag		- +				
			HCV Ab		- +				
			梅 毒		- +				
			MRSA 検体 ( )		- + ++ +++				
		緑膿菌 検体 ( )		- + ++ +++					
		皮膚症状		有 ・ 無					
		褥瘡		有 (部位 ) ・ 無					
		疥癬		有 (部位 ) ・ 無					
		その他		( )					

特別養護老人ホーム 相模原敬寿園

健康診断を実施した医療機関、医師の氏名㊞