

診療情報提供書（健康診断書）

フリガナ			住所				
氏名			住所				
性別	男 ・ 女	生年月日	明治 ・ 大正 ・ 昭和	年	月	日（ 歳）	
診断名							
現病歴							
既往歴							
処方薬							
アレルギー	薬物：無 ・ 有（ ）			食物：無 ・ 有（ ）			
自立度	認知症：正常・Ⅰ・Ⅱa・Ⅱb・Ⅲa・Ⅲb・Ⅳ・M			寝たきり度：正常・J1・J2・A1・A2・B1・B2・C1・C2			
血圧・脈拍	血圧	/	mmHg	脈拍	回/分	身長 cm 体重 kg	
感染症	検査項目					備考	
	梅毒	梅毒脂質抗原使用検査[定性]（+ ・ -）					
		TPHA検査[定性]（+ ・ -）					
	肝炎	HBs 抗原（+ ・ -） 精密数値（ ）					
		HCV抗体（+ ・ -）					
胸部X線	1. 肺結核（+ ・ -）						
	2. その他所見（ ） 撮影年月日（ 年 月 日）						
皮膚疾患	1. 褥創（+ ・ -）						
	2. 疥癬（+ ・ -）						
	3. その他（ ）						
入所等に係る医師の所見（バルーンカテーテル等装着している医療機器があれば具体的に記入して下さい。）							

※ 直近3ヶ月以内の血液データを添付して下さい

平成 年 月 日 医療機関名
所在地
医師氏名

印