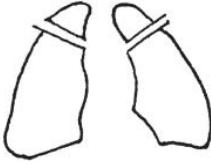


社会福祉法人 甲西厚生会  
軽費老人ホーム(A型) あやめの里入所希望者

<健康診断書>

(フリガナ) 氏名		様	男 ・ 女	生年月日	年   月   日 (   才)
住所	〒			電話番号	—           —
病名	① ② ③ ④			既往症	
身長	cm	体重	kg	認知機能低下 (有・無) (有の場合、症状について具体的に記入)	
血圧	/ mmHg				
視力	右 ( )	左 ( )			
聴力	右	左		HDS-R ( / 30点 ) 評価日 年 月	
尿検査	蛋白( ) 糖( ) 潜血( )	心電図所見			
胸部X-P (直接・間接)  所見 [ ] 				感染性疾患 (有・無) (有の場合、疾患について具体的に記入)	
貧血検査	血色素量(g/dl)			血中脂質検査	中性脂肪(mg/dl)
	赤血球数(万/mm)				HDLコレステロール(mg/dl)
肝機能検査	AST(IU/L)			LDLコレステロール(mg/dl)	
	ALT(IU/L)			その他	
	γ-GTP(IU/L)				
医師特記事項					

上記のとおり診断します。

年   月   日

医療機関名

医師名