


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			〔 HDS-R (/ 30点) 評価日 年 月		
視力	右 ()	左 ()				
聴力	右	左				
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)			その他	LDLコレステロール (mg/dl)	
	ALT (IU/L)					
	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						