

健康診断書

フリガナ			性別	生年月日	
氏名			男・女	明・大・昭 年 月 日生	() 歳
住所					
電話	()				
現症					
既往歴					
内服					
血圧 (BP)	～		脈拍 (P)		血液型
検査項目			検尿	※採取が難しい場合は未実施で結構です	
胸部X-P (/)			検便	※可能であれば便潜血検査をお願いします。※採取が難しい場合は未実施で結構です	
CTR /			HBS抗原	(- ・ +)	HCV抗体 (- ・ +)
			梅毒 ※可能であれば	(- ・ +)	
心電図	常なし ・ 異常あり (/)				
認知機能検査・神経心理学的検査 (実施された場合のみご記入ください。未実施の場合は不要です)		MMSE	点	HDS-R	点
FAST		点			
BPSD	失認 ・ 被害妄想 ・ 作話 ・ 徘徊 ・ 幻視 ・ 幻聴 ・ 不潔行為 ・ 暴力行為 ・ その他				
認知症					
その他					
上記のとおり診断します					
平成 年 月 日			医療機関名		
			所在地および連絡先		
			医師名 印		

グループホーム「あいむ」
大阪市住吉区南住吉2丁目6-2
TEL: 06-6695-5502
FAX: 06-6695-5509