健　康　診　断　書

氏　名		男・女	生年月日	明・大・昭　　年　　月　　日 （　　歳）
住　所				
既　往　歴 及　び　現　症				

◎以下の項目については、既往歴及び現症から判断して特に問題がない場合には、新たに検査する必要はありません。過去の成績が判断していれば、その結果を記載しください。

胸部X線撮影	1.異常無し　2.異常所見(　　)　3.撮影年月(　年　　月)	
その他の所見	血液検査項目 WBC= RBC= HGB= Ht= PLT= (PT=　　) (PT-INR=　　) 感染症の有無 肝炎ウイルス 　HBs抗原= 　HCV抗体= その他感染症 　　= 　　=	生化学検査項目 TP= ALB= BUN(UN)= CRE= AST(GOT)= ALT(GPT)= LD(LDH)= γ-GTP= FBS= (HbA1C=　　) Na= K= 血清鉄(Fe)= その他 　　= 　　= 検査年月日(　　年　　月　　日)

現在使用薬品

認知症の症状経過

認　知　症　　（下記の当てはまるものに〇を）

１．自分の名前が言える。身近な家族のことがわかる。	可　・　不可
２．直前の食事を覚えている。	可　・　不可
３．自分の家、自分の部屋がわかる。	可　・　不可
４．簡単な日常会話がどうやら可能。	可　・　不可

異　常　行　動　　（下記の当てはまるものに〇を）

１．幻覚や妄想による異常行動がみられる。	無　・　有
２．夜間せん妄による興奮がみられる。	無　・　有
３．強度の不安のため、おびえたり、不穏になることがある。	無　・　有
４．うつ状態による自殺企図や拒食などがある。	無　・　有
５．異食症や弄火、器物損害等の問題行動がある。	無　・　有
６．その他集団生活に著しく支障がある。	無　・　有

上記のとおり診断する。

令和　　年　　月　　日

住　　所

医療機関名

医　師　名　　㊞

電話番号　　（　　）