

介護サービス共通健康診断書

B票

氏名	
----	--

※検査する必要のない項目には、事業者が事前に斜線を記載してください。

※検査データの添付・貼り付け可(3か月以内の検査であれば、市検診等からの転記可)

採血日	年	月	日	
白血球(WBC)	/μl	総蛋白(TP)		g/dl
赤血球(RBC)	万/μl	アルブミン(ALB)		g/dl
ヘモグロビン(Hb)	g/dl	総ビリルビン(TBL)		mg/dl
ヘマトクリット	%	AST (GOT)		U/l
血小板数	万/μl	ALT (GPT)		U/l
Na	mEq/l	ALP		U/l
K	mEq/l	γ-GTP		U/l
Cl	mEq/l	CRP		mg/dl
尿素窒素(BUN)	mg/dl			
クレアチニン(CRE)	mg/dl			
総コレステロール	mg/dl	心電図		
中性脂肪	mg/dl	<input type="checkbox"/> 所見あり <input type="checkbox"/> 所見なし		
HDL	mg/dl			
LDL	mg/dl			
血糖値 <input type="checkbox"/> 空腹 <input type="checkbox"/> 随時	mg/dl			
HbA1c	%			
尿酸	mg/dl			

事業者が下記に項目を記載してください。	

- ※ この共通健康診断書は、佐倉市内の協力施設・介護サービス事業所のみで利用できます。
- ※ 介護施設等が斜線した項目は検査不要です。また、検査不可能な項目があった場合には、斜線を記載してください。
- ※ 担当医師の同意がある場合には、この診断書を複写することができます。ただし、複写したものの再複写はできません。
- ※ この診断書の使用期限は1年間ですが、介護認定の区分変更や身体の状態に変化があった場合には、上記の診断内容を保証することはできませんので、再度医師の診断を受けてください。