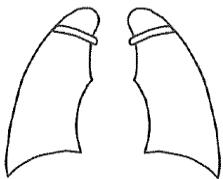


# 健 康 診 断 書

有料老人ホームへの入居に伴い健康診断をお願い致します。

フリガナ 氏名		男 · 女	明 大 昭 年 月 日 生	歳
病歴	<診断名> <現在の治療状況>			
治療内容	<既往歴>			
身長 cm	体重 kg	血液型 型	血圧 ~ mmHg	
検査結果(3ヶ月以内) 結果データ添付の場合は未記入でも構いません。				
尿検査 蛋白		血液検査 γ-GTP 総コレステロール 中性脂肪 白血球数 赤血球数 血色素量 ヘマトクリット 血小板数 総蛋白 血糖 HbA <sub>1c</sub>		IU/l mg/dl
血液検査 尿素窒素 クレアチニン 尿酸 Na K Cl アルブミン AST(GOT) ALT(GPT)	mg/dl		mg/dl	
	mg/dl		千/mm <sup>3</sup>	
	mg/dl		万/mm <sup>3</sup>	
	mEq/l		g/dl	
	mEq/l		%	
	g/dl		万/mm <sup>3</sup>	
	IU/l		g/dl	
	IU/l		mg/dl	
	IU/l		%	
心電図所見 1. 異常あり 2. 異常なし (留意事項)	胸部エックス線撮影 1. 異常なし 2. 要観察 3. 要加療 上記2.3の場合(疾患名、留意事項)	 撮影年月日 年 月 日		
現処方				
薬剤アレルギー(有・無) 有の場合、薬剤名( )				

注) 裏面もあります。

感染症	結核性疾患	有 無	肝 炎	HBs抗原( - · + )
	梅 毒	TPHA:( - · + )		HCV抗体( - · + )
	MRSA	鼻腔( - · + · ++ )	鼻腔以外での既往( - · + · ++ )	
	疥 癬	( - · + · 既往あり )		
	皮膚疾患	有 無 ※褥瘡(部位)	) ※湿布(部位) )	
その他 感染症疾患の有無 ( - · + ) (+)の場合その疾患( )				

◆以下に関しては分かる範囲でご記入願います。(ADL表添付の場合は未記入でも構いません。)

介護保険	自立 · 要支援( 1 2 ) · 要介護( 1 2 3 4 5 ) · 未申請 · 申請中( 月 日)			
認知症の程度	無 · 軽度 · 中程度 · 重度 (長谷川式 点)			
問題行動	徘徊 ( 有 · 無 )	不潔行為( 有 · 無 )		
身体判定	<input type="checkbox"/> ランクJ	<input type="checkbox"/> ランクA	<input type="checkbox"/> ランクB	<input type="checkbox"/> ランクC
認知症判定	<input type="checkbox"/> ランク I	<input type="checkbox"/> ランク II	<input type="checkbox"/> ランク III	<input type="checkbox"/> ランク IV
<input type="checkbox"/> ランク M				
日常活動能力			基本動作能力	
食 事	自立 · 一部介助 · 全介助	寝返り		自立 · 一部介助 · 全介助
	形態(普・キザミ・ミキサー・粥)	起き上がり		自立 · 一部介助 · 全介助
	アレルギー( )	座位保持		自立 · 一部介助 · 全介助
更 衣	自立 · 一部介助 · 全介助	立ち上がり		自立 · 一部介助 · 全介助
排 泄	自立 · 一部介助 · 全介助	立位保持		自立 · 一部介助 · 全介助
入 浴	自立 · 一部介助 · 全介助	屋内歩行		自立 · 一部介助 · 全介助
言語障害	有 · 無	視力障害	有 · 無	屋外歩行
聴力障害	有 · 無	意思疎通	可 · 困難	

有料老人ホームへのご希望

現在の状況 (在宅療養中 · 施設入所中および入院中(入院日 年 月 日))

診断の結果、本書のとおり相違ないことを証明します。

ご住所:

TEL/FAX:

医療機関名:

医師名: 印 記載日 年 月 日記載

※本診断書は3ヶ月以内の診察結果をもとに記載して下さい。

ご協力頂きましてありがとうございました。