

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		明 大 昭		年 月 日生		歳	
氏名		男 ・ 女					
病歴	<input type="text" value="＜診断名＞"/>	<input type="text" value="＜現在の治療状況＞"/>					
治療内容	<input type="text" value="＜既往歴＞"/>						
身長		体重		血液型		血圧	
cm		kg		型		～ 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	糖			血液検査	γ-GTP	IU/l	
	蛋白				総コレステロール	mg/dl	
血液検査	尿素窒素	mg/dl			中性脂肪	mg/dl	
	クレアチニン	mg/dl			白血球数	千/mm ³	
	尿酸	mg/dl			赤血球数	万/mm ³	
	Na	mEq/l			血色素量	g/dl	
	K	mEq/l			ヘマトクリット	%	
	Cl	mEq/l			血小板数	万/mm ³	
	アルブミン	g/dl			総蛋白	g/dl	
	AST(GOT)	IU/l			血糖	mg/dl	
ALT(GPT)	IU/l		HbA _{1c}	%			
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) <div style="border: 1px dashed black; width: 150px; height: 40px; margin: 5px 0;"></div> <div style="text-align: right; margin-top: 10px;">  </div>			
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		
その他 感染症疾患の有無 (- ・ +) (+)の場合その疾患()				
※褥瘡(部位) ※湿布(部位)				

◆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	□ランクJ □ランクA □ランクB □ランクC				
認知症判定	□ランクI □ランクII □ランクIII □ランクIV □ランクM				
日常生活能力		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	自立 ・ 一部介助 ・ 全介助
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。