


# 健康診断書

さしまの家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		歳	
氏名		男・女		年 月 日生	
病歴	< 診断名 > < 現在の治療状況 >				
治療内容	< 既往歴 >				
身長		体重		血液型	
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
	潜血			中性脂肪	mg/dl
血液検査	尿素窒素	mg/dl		白血球数	千/mm <sup>3</sup>
	クレアチニン	mg/dl		赤血球数	万/mm <sup>3</sup>
	尿酸	mg/dl		血色素量	g/dl
	Na	mEq/l		ヘマトクリット	%
	K	mEq/l		血小板数	万/mm <sup>3</sup>
	Cl	mEq/l		総蛋白	g/dl
	アルブミン	g/dl		血糖	mg/dl
	AST(GOT)	IU/l	HbA1c	%	
ALT(GPT)	IU/l	採血年月日	年 月 日		
心電図所見		胸部エックス線撮影			
1.異常あり		1.異常あり			
2.異常なし		2.要観察			
(留意事項)		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)				
問題行動	<input type="checkbox"/> 幻視・幻聴 <input type="checkbox"/> 妄想 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 介護への抵抗 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> 異食行動 <input type="checkbox"/> その他( )				
障害高齢者の寝たきり度	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> J1 <input type="checkbox"/> J2 <input type="checkbox"/> A1 <input type="checkbox"/> A2 <input type="checkbox"/> B1 <input type="checkbox"/> B2 <input type="checkbox"/> C1 <input type="checkbox"/> C2				
認知症高齢者の日常生活自立度	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> IIa <input type="checkbox"/> IIb <input type="checkbox"/> IIIa <input type="checkbox"/> IIIb <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> M				
		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		
さしまでの家へのご希望					
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))					
<b>診断の結果、本書のとおり相違ないことを証明します。</b>					
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。

特別養護老人ホームさしまでの家

TEL 0280-33-6400