

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	
氏名		男・女	歳
		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	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		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 ³
	クレアチニン	mg/dl	赤血球数 万/mm ³
	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 ³
	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))					
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。

特別養護老人ホームさしまでの家

TEL 0280-33-6400