

健康診断書

提出先 特別養護老人ホーム リベラルサンシャイン TEL 61-3033
 軽費老人ホーム シーサイドサンシャイン TEL 75-2187
 グループホーム 北のおひさま TEL 65-2100

氏名		男・女	生年月日	M T S	年	月	日	(歳)	
住所	TEL - -								
現病名				処方・内容					
既往症				入院歴					
アレルギーの既往		薬剤 () 食品 () その他 ()							
他科・他院 受診の有無									
日常生活自立度	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	有・無	<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					<input type="checkbox"/> 記憶障害 <input type="checkbox"/> 失見当 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> 異食 <input type="checkbox"/> その他()	
			認知症の原因となる疾患が急性状態になく、共同生活住居等での生活は <input type="checkbox"/> 可・ <input type="checkbox"/> 否 である						
身長			cm	血液型	型 Rh ()				
体重			kg	血液検査	血清アルブミン	g/dl			
血圧			mmHg		HBsAg				
視力	右(矯正)	()			HCV				
	左(矯正)	()			TPHA				
尿検査	糖			MRSA					
	蛋白			心電図					
	ウロビリノーゲン			胸部レントゲン					
特記すべき留意事項									
上記の通り診断します。									
平成 年 月 日			医療機関名						
			所在地						
			医師氏名						
								印	