健　康　診　断　書

提出先　□特別養護老人ホーム　ﾘﾍﾞﾗﾙｻﾝｼｬｲﾝ　TEL 61-3033
□軽費老人ホーム　ｼｰｻｲﾄﾞｻﾝｼｬｲﾝ　TEL 75-2187
□ｸﾞﾙｰﾌﾟﾎｰﾑ　北のおひさま　TEL 65-2100

氏　名		男・女	生年月日	ＭＴＳ　年　月　日（　歳）	
住　所				TEL　－　－	
身長	cm	体重	kg	血圧	－　mmHg

日常生活自立度	寝たきり度		□ 自立 □ J1 □ J2 □ A1 □ A2 □ B1 □ B2 □ C1 □ C2
	認知症	有・無	□ 自立 □ Ⅰ □ Ⅱa □ Ⅱb □ Ⅲa □ Ⅲb □ Ⅳ □ M
			□記憶障害　□失見当　□徘徊　□不潔行為　□異食　□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 □可・□否 である

初診年月日	年　月　日	他科・他院受診の有無	有・無

現病名	処方内容・処置対応 □ストマーの処置　□経管栄養 □酸素療法　□カテーテル（留置・ｺﾝﾄﾞｰﾑ等）
既往症	病歴

アレルギーの既往	薬剤（　　）食品（　　）その他（　　）

血液検査	血清アルブミン		血液検査	Ht		血液検査	BUN	
	HBsAg			WBC			Crea	
	HCV			GOT			血糖値	（食後　時間）
	RBC			GPT				
	Hb			γGTP				

尿検査	糖		心電図	
	蛋白		胸部ﾚﾝﾄｹﾞﾝ	
	ｳﾛﾋﾞﾘﾉｰｹﾞﾝ			

特記すべき留意事項

上記の通り診断します。

令和　年　月　日

医療機関名

所　在　地

医師氏名　　印

小豆地区老人介護福祉施設健康診断書統一様式