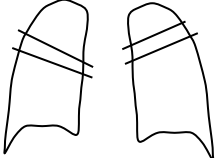


健康診断書

介護老人保健施設 葵の園・大和 施設長宛

「入所用」

ふりがな		性別	男・女	生年月日	M・T・S 年 月 日	年齢	歳	
氏 名								
現病歴 (経過)				処方薬				
既往歴				感染症	梅毒	TPHA・STS・RPR (+ ・ -)		
					肝炎	HBs抗原(+ ・ -) 抗体(+ ・ -)		
						HCV抗体(+ ・ -)		
					MRSA	(+ ・ -)	部位(鼻腔 ・ 咽頭)	
認知度	正 常 ・ I ・ II a ・ II b ・ III a ・ III b ・ IV ・ M			疥 癬	(+ ・ -)			
障害度	J1・J2・A1・A2・B1・B2・C1・C2			尿	蛋白() ・ 糖() ・ 潜血()			
麻 痺	(有 ・ 無) * 有の場合の部位			アレルギー	有・無	有の場合(薬 ・ 食物)		
	上肢 (左 ・ 右)							
	下肢 (左 ・ 右)			心電図	異常所見 (有 ・ 無) * 有の場合			
	その他							
拘 縮	(有 ・ 無) * 有の場合の部位			胸部 X-P	所見  異常あり ・ 異常なし			
	上肢 (左 ・ 右) 下肢 (左 ・ 右)							
	その他							
視 力 害	(有 ・ 無) * 有の場合の詳細			血液検査	結核既往歴: 有 ・ 無 発 症 年 齢: _____ 歳時 結核活動性: 有 ・ 無			
聴 力 害	(有 ・ 無) * 有の場合の詳細							
ADL	食 事	自立 ・ 一部介助 ・ 全介助		血液検査	白血球(WBC)		ナトリウム(Na)	
	排 泄	自立 ・ 一部介助 ・ 全介助			赤血球(RBC)		カリウム(K)	
	入 浴	自立 ・ 一部介助 ・ 全介助			血色素量(Hb)		クロール(Cl)	
	歩 行	自立 ・ 一部介助 ・ 全介助			ヘマトクリット値		CRP	
	衣類着脱	自立 ・ 一部介助 ・ 全介助			血小板数(Plt)			
	座位保持	自立 ・ 一部介助 ・ 全介助			総蛋白(TP)			
問 題 行 動	(有 ・ 無) * 有の場合下記にレ点記入 □徘徊 □暴言 □暴力 □異食 □幻聴 □幻視 □妄想 □介護拒否 □不潔行為 □独語 □その他 * 特記事項			血液検査	アルブミン(Alb)		血色素(Hb) 10.0g/dl以下の方	
					尿素窒素(BUN)		Fe	
					クレアチニン(CRE)		心不全がある方	
					中性脂肪		BNP	
					GOT		ワーファリン服用の方	
					GPT		INR	
					γ-GTP		糖尿病がある方	
					FBS		HbA1c	
褥 瘡	部 位			身長・体重	_____ cm _____ kg BMI _____ kg/m ²			
褥 瘡	瘡状態							
血圧・脈拍	/ mmHg		脈拍	回/分				
◎ 入所に関わる医師の意見								
※ リハビリに関する指示 制限・注意事項・指示内容:								

令和 年 月 日

医療機関名

所 在 地

医 師 名