

健康診断書

介護老人保健施設 ケアタウンひまわり 管理者（医師） 様

ふりがな			大・昭・平		
氏名		生年月日	年 月 日	歳	男・女
住所				Tel	()
既往歴			現病名・経過		

障害老人の日常生活自立度（寝たきり度）	正常 ・ J1 ・ J2 ・ A1 ・ A2 ・ B1 ・ B2 ・ C1 ・ C2		
認知症高齢者の日常生活自立度	正常 ・ I ・ IIa ・ IIb ・ IIIa ・ IIIb ・ IV ・ M		
麻痺運動障害	あり・上肢（右・左）・下肢（右・左）・体幹・なし	移 動	歩行・歩行器・車椅子・できない
精神障害	認知症 なし・あり（症状）	排尿障害	なし・あり（）
褥 瘡	なし・あり（部位 程度）	皮膚疾患	なし・あり（）
食事状況	自立・要介助 常食・粥食・刻み・ミキサー・経管・治療食（）		
栄養状況	良 ・ 普通 ・ 不良	身長 cm	体重 kg

血液型	A・B・AB・O RH（＋・－）		ワ氏反応	＋・－			
理 学 所 見	心雑音 あり・なし 呼吸音 異常・正常 脈拍 /分 不整 あり・なし 血圧 /		HBs検査	感染性 あり・なし			
心 電 図	異常あり（）・なし			HBs抗原 ＋・－ 感染性 あり・なし			
胸 部 x－p	所見 結核・感染症 あり・なし		HCV検査	HCV抗体 ＋・－ 感染性 あり・なし			
感染性疾患	MRSA あり・なし 感染性あり・なし その他						
医 師 所 見	内 服 薬 処 方		そ の 他 所 見	検 査 年 月 日	白血球		
					赤血球		
					血色素		
					血小板		
					総蛋白		
					ALB		
					TC		
					GOT		
					GPT		
					BUN		
					Cre		
					HbA1c		
					尿	蛋白	
						糖	
※総蛋白、ALB値は必ず記入下さい。							
上記の通り診断します。		住所					
年 月 日		医療機関名					
		医師名	印				
		TEL					