

健康診断書

※わかる範囲でご記入ください

(介護老人保健施設・介護老人
福祉施設)

氏名 _____ (男・女) M・T・S 年 月 日生

(歳)

住所 _____

Tel _____

○ 診断名及び発症年月日

1. _____ 発症年月日 (S・H 年 月 日頃)

2. _____ 発症年月日 (S・H 年 月 日頃)

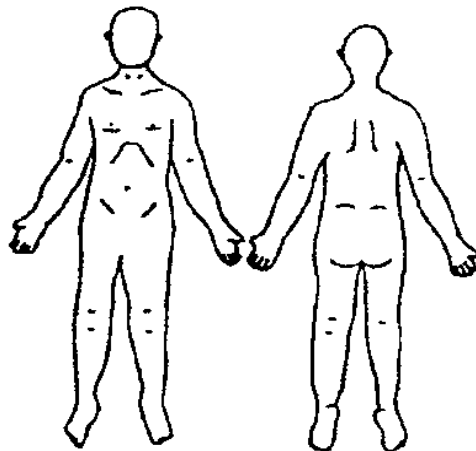
3. _____ 発症年月日 (S・H 年 月 日頃)

○ 経過及び治療内容・特に気をつけなければいけないこと

○ 身体の状態

- ・四肢欠損
- ・麻痺
- ・筋力の低下
- ・褥瘡
- ・その他皮膚疾患
- ・関節の拘縮
- ・失調・不随意運動

- ・難聴： 有 ・ 無
- ・視力： 良 ・ 不良
- ・特記すべきアレルギー
有 ・ 無



○ 介護サービスにおける医学的観点からの留意事項

- ・ 血圧について 特になし あり ()
- ・ 嚥下について 特になし あり ()
- ・ 摂食について 特になし あり ()
- ・ 移動について 特になし あり ()
- ・ その他特記事項 ()

○ 日常生活の自立度について

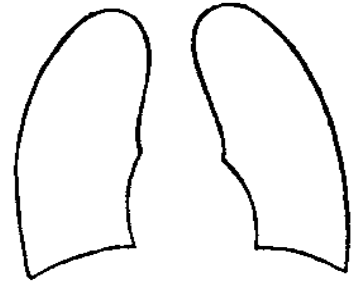
- ・ 障害老人の日常生活度 (寝たきり度)
 - 正常 J 1 J 2 A 1 A 2 B 1 B 2 C 1 C 2
- ・ 認知症老人の日常生活度
 - 正常 I II a II b III a III b IV OM
- ・ 周辺症状の有無 (該当する項目を全てチェックして下さい)
 - 有 無
 - 有の場合 ⇒ 幻視・幻聴 妄想 昼夜逆転 暴言 暴行
 - 介護への抵抗 徘徊 火の不始末 不潔行為 異食行動
 - 性的問題行動 失見当識 自傷行為 その他 ()

血液検査報告 (コピー添付も可)

血清総蛋白	_____	g/dl
アルブミン	_____	g/dl
ALP	_____	IU/l
GOT	_____	IU/l
GPT	_____	IU/l
血清アミラーゼ	_____	IU/l
総コレステロール	_____	mg/dl
中性脂肪	_____	mg/dl
尿素窒素	_____	mg/dl
クレアチニン	_____	mg/dl
尿酸	_____	mg/dl
ナトリウム	_____	mEq/l
カリウム	_____	mEq/l
クロール	_____	mEq/l
血糖	_____	
白血球数	_____	$\times 10^2/\mu l$
赤血球数	_____	$\times 10^4/\mu l$
ヘモグロビン	_____	g/dl
ヘマトクリット	_____	%
血小板数	_____	$\times 10^4/\mu l$
CRP	_____	
HCV抗体	_____	- . +
Hbs抗原	_____	

胸部 X 線

H . .



心電図

H . .

現在の処方内容

特記事項

平成 年 月 日

住 所

医師氏名

印