

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・介護医療院)

氏名 _____ (男・女) M・T・S・R 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・R 年 月 日頃)

2. _____ 発症年月日 (S・H・R 年 月 日頃)

3. _____ 発症年月日 (S・H・R 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 ○J1 ○J2 ○A1 ○A2 ○B1 ○B2 ○C1 ○C2

・ 認知症老人の日常生活度

○正常 ○I ○II a ○II b ○III a ○III b ○IV ○M

・ 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 _____×10²/μl
 赤血球数 _____×10⁴/μl
 ヘモグロビン _____g/dl
 ヘマトクリット _____%
 血小板数 _____×10⁴/μl
 CRP _____
 HCV抗体 _____ - . +
 Hbs抗原 _____

胸部 X 線

R . .

心電図

R . .

現在の処方内容

特記事項

令和 年 月 日

住 所

医師氏名

印