

健康診断書

有料老人ホームへの入居に伴い健康診断をお願い致します。

フリガナ		明 大 昭		歳	
氏名		男・女	年	月	日生
病歴	<診断名> _____ <現在の治療状況> _____ <既往歴> _____				
治療内容	_____				
身長		体重		血液型	
cm		kg		型	
				~ mmHg	
検査結果(3ヶ月以内) 結果データ添付の場合は未記入でも構いません。					
尿検査	糖		血液検査	γ-GTP	IU/l
	蛋白			総コレステロール	mg/dl
血液検査	尿素窒素	mg/dl		中性脂肪	mg/dl
	クレアチニン	mg/dl		白血球数	千/mm ³
	尿酸	mg/dl		赤血球数	万/mm ³
	Na	mEq/l		血色素量	g/dl
	K	mEq/l		ヘマトクリット	%
	Cl	mEq/l		血小板数	万/mm ³
	アルブミン	g/dl		総蛋白	g/dl
	AST(GOT)	IU/l		血糖	mg/dl
	ALT(GPT)	IU/l		HbA _{1c}	%
	心電図所見			胸部エックス線撮影	
1. 異常あり 2. 異常なし (留意事項)			1. 異常なし 2. 要観察 3. 要加療 上記2.3の場合(疾患名・留意事項)		
					
			撮影年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日		
現処方					
薬剤アレルギー(有・無) 有の場合、薬剤名(_____)					

※裏面もございます。

感染症	結核性疾患	有 無	肝炎	HBs抗原(- ・ +)
	梅毒	TPHA (- ・ +)		HCV抗体(- ・ +)
	MRSA	鼻腔 (- ・ + ・ ++ ・ +++) 鼻腔以外での既往 (- ・ + ・ ++ ・ +++)		
	疥癬	(- ・ + ・ 既往あり)		
	皮膚疾患	有 無	※褥瘡(部位) ※湿布(部位)	
その他 感染症疾患の有無 (- ・ +) (+)の場合その疾患()				

※以下に関しては、おわかりになる範囲でご記入ください。(ADL表添付の場合は未記入でも結構です)

認知症の程度	無 ・ 軽度 ・ 中程度 ・ 重度 (長谷川式 点)			
問題行動	徘徊 (有 ・ 無)		不潔行為 (有 ・ 無)	
身体判定	<input type="checkbox"/> ランクJ	<input type="checkbox"/> ランクA	<input type="checkbox"/> ランクB	<input type="checkbox"/> ランクC
認知症判定	<input type="checkbox"/> ランクI	<input type="checkbox"/> ランクII	<input type="checkbox"/> ランクIII	<input type="checkbox"/> ランクIV <input type="checkbox"/> ランクM
日常活動能力			基本動作能力	
食 事	自立 ・ 一部介助 ・ 全介助		寝返り	自立 ・ 一部介助 ・ 全介助
	形態(普・キザミ・ミキサー・粥)		起き上がり	自立 ・ 一部介助 ・ 全介助
	アレルギー()		座位保持	自立 ・ 一部介助 ・ 全介助
更 衣	自立 ・ 一部介助 ・ 全介助		立ち上がり	自立 ・ 一部介助 ・ 全介助
排 泄	自立 ・ 一部介助 ・ 全介助		立位保持	自立 ・ 一部介助 ・ 全介助
入 浴	自立 ・ 一部介助 ・ 全介助		屋内歩行	自立 ・ 一部介助 ・ 全介助
言語障害	有 ・ 無	視力障害	有 ・ 無	屋外歩行
聴力障害	有 ・ 無	意思疎通	可 ・ 困難	
有料老人ホームへのご希望				

現在の状況(在宅療養中・施設入所中および入院中)(入院日 年 月 日)

診断の結果、本書のとおり相違ないことを証明します。

ご住所:

TEL/FAX:

医療機関名:

医師名:

印

記載日

年

月

日記載

※本診断書は3ヶ月以内の診察結果をもとに記載してください。

ご協力ありがとうございました。

身体状況(ADL)調書

フリガナ				記入日	
氏名				記入者	
				関係	
	身長 :	cm	体重 :	kg	
服薬	自己管理・他者管理(家族・病院・施設)				
	今後 / 自己管理・他者管理(看護師)				
麻痺	有・無	左	半身	上肢	下肢
		右	半身	上肢	下肢
褥瘡	有・無	有の場合 部位等			
立位	自立・見守り・一部介助・全介助 備考				
座位	自立・見守り・一部介助・全介助 備考				
歩行	室内	自立・見守り・一部介助・全介助 備考			
	室外	自立・見守り・一部介助・全介助 備考			
移乗	自立・見守り・一部介助・全介助 備考				
移動	自立・見守り・一部介助・全介助 備考				
食事	自立・見守り・一部介助・全介助 備考				
	主食	米飯・全粥・五分粥・ミキサー その他()			
	副食	常食・一口大・ミキサー・その他()			
	アレルギー	有・無()			
	禁食	有・無()			
	好き() 嫌い()				
はし・スプーン・フォーク					
入浴	自立・見守り・一部介助・全介助 備考				
排泄	自立・見守り・一部介助・全介助 尿意 / あり・なし 便意 / あり・なし				
	尿	回/日 :	便	回/日	
	昼 / トイレ	ポータブル・パッド・リハパン・オムツ			
	夜 / トイレ	ポータブル・パッド・リハパン・オムツ			
備考					
着脱	自立・見守り・一部介助・全介助 備考				
洗顔・洗髪	自立・見守り・一部介助・全介助 備考				
口腔	自歯・一部入歯(上・下)・総入歯 備考				
	口腔ケア・歯磨き / 自立・見守り・一部介助・全介助 備考				
視覚	正常・少々難・大きく難 / 眼鏡(有・無) / 白内障・緑内障				
	備考				
聴力	正常・少々難・大きく難 / 補聴器(有・無)				
	備考				
精神	認知症(無・軽い・年相応・重)				
	問題行動(有・無)				
	〔徘徊・幻覚・妄想・攻撃的行為・昼夜逆転・その他()〕				
コミュニケーション	正常・少々難・難・大きく難				
	備考				
医療処置					
既往歴					
特記	本人・家族の希望:				
その他					