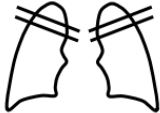


# 健康診断書

ふりがな		生年月日	
氏名		大正 昭和	年 月 日生( 歳)
住所			
既往歴			
現病及び治療内容(出来るだけ詳しく記入お願いします)			
投薬内容			
日常生活自立度	自立 ・ J1 ・ J2 ・ A1 ・ A2 ・ B1 ・ B2 ・ C1 ・ C2	運動機能障害部位	
現在の精神状況	認知度  正常 ・ I ・ IIa ・ IIb ・ IIIa ・ IIIb ・ IV ・ V ・ M	問題行動の有無及び内容	
現在の皮膚疾患	有(疑い含む)  無	部位	
		疥癬	( )
		湿疹	( )
		褥瘡	( )
		その他	( )

心電図 月 日	<input type="checkbox"/> 異常 有	所見		
	<input type="checkbox"/> 異常 無			
胸部X線 月 日 撮影	<input type="checkbox"/> 異常 有	所見 		
	<input type="checkbox"/> 異常 無			
血圧	/	mmHg	血液型	型 R + -
検尿	蛋白 (-・±・+・2+・3+)	糖 (-・±・+・2+・3+)	潜血 (-・±・+・2+・3+)	
血液検査 月 日	血清蛋白:	g/dl	Na:	mEq/l
	アルブミン:	g/dl	K:	mEq/l
	GOT:	IU/l	血糖:	mg/dl
	GPT:	IU/l	CRP:	mg/dl
	総コレステロール:	mg/dl	白血球:	mm <sup>3</sup>
	尿素窒素:	mg/dl	赤血球:	万/mm <sup>3</sup>
	クレアチニン:	mg/dl	ヘモグロビン:	gd/l
	尿酸:	mg/dl	ヘマトクリット:	%
感染性疾患の有無	HBs抗原:	陰性 ・ 陽性	梅毒:	( )
	HCV抗体:	陰性 ・ 陽性	TPHA:	( )
	MRSA(鼻):	陰性 ・ 陽性		
その他	アレルギー(食物・薬)	無 ・ 有( )	視力 障害	無 ・ 有( )
	麻痺	無 ・ 有( )	聴力 障害	無 ・ 有( )
	拘縮	無 ・ 有( )	言語 障害	無 ・ 有( )
	結核の既往	無 ・ 有( )	身長/体重	cm / kg
今後、継続必要な医療面での注意点				
上記の通り診断いたします。 令和 年 月 日				
所在地	TEL ( )		-	
医療機関名	FAX ( )		-	
担当医師名	印			

※当施設の入居希望者様の受入審査に際し、適切に介護できるかどうかの判断に用います。

必ず全ての項目を埋めて頂きますようにお願いします。 また、検査データは3ヶ月以内のものを使用してください。

株式会社 ALLEY  
介護付有料老人ホーム ライフビュー

〒583-0881 大阪府羽曳野市島泉5丁目11番2号  
TEL:072-931-1165 FAX :072-931-1190