


特別養護老人ホーム 希望の郷大治

健康診断書

ふりがな		様		性別	生年月日	M・T・S		
氏名				男・女	年	月	日	歳
身長	体重	血液型	血圧		脈			
cm	kg		/ mmHg		分（正・不整）			
現病	年 月頃発症・不明			既往	年 月頃発症・不明			
	年 月頃発症・不明				年 月頃発症・不明			
	年 月頃発症・不明				年 月頃発症・不明			
胸部X線所見（直・間）				心電図	無・有（ ）			
*撮影日（3ヶ月以内のもの） 年 月 日				上記の現病・既往歴の経過・詳細 *わかる範囲でご記入下さい。				
								
結核	無							
	陳旧性有							
	要精査							
伝染性疾患	MRSA（咽頭）	-・+ *感染の危険性 無・有						
	梅毒	-・+（ ）						
	HBV（B型）	-・+（ ）						
	HCV（C型）	-・+（ ）						
	疥癬等皮膚疾患	無・有（ ）						
検尿	尿蛋白	-・+（ ）						
	尿糖	-・+（ ）						
	尿ウロビリノーゲン	-・+（ ）						
アレルギー	薬品	無・有（ ）						
	食品	無・有（ ）						
	その他	無・有（ ）						
その他	認知症	無・有（長谷川式等 点）						
	徘徊 帰宅願望 暴言暴行 不潔行為 昼夜逆転 幻視幻聴 その他（ ）							
	嚥下状態	良・不良						
	食事制限	無・有（ カロリー/日）			ヘモグロビンA1C	%	*検査日	
	栄養状態	良・不良・過多			アルブミン値	g/dL	年 月 日	
	入浴	可・制限有り（ ）						
介護サービスの利用に係る所見	介護サービスの利用は問題ない							
	要観察（治療継続）ではあるが利用可能							
	医療機関での治療が望ましく利用不可							
貴院への受診状況		定期受診している。（頻度 回/ ）				定期受診していない。		
上記の通り考察します。								
作成年月日 年 月 日				住所				
				医療機関名				
				担当医師名				
				印				
確認事項		異常時に当院への照会を（了承します・了承しません）						

*この意見書は、当施設が実施する介護サービス（施設入所）の利用判定に使用するものです。

R4. 8制定