

# 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
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。		
<p>上記の通り考察します。</p> <p>作成年月日 年 月 日 住所</p> <p style="text-align: right;">医療機関名</p> <p style="text-align: right;">担当医師名 印</p> <p style="text-align: center;"> <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">確認事項</span> 異常時に当院への照会を（了承します・了承しません）         </p>							

\*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