

# 健康診断書

この健康診断書はグループホーム入居審査に使用いたします。  
下記項目について担当医にご記入いただき、ご提出ください。

ヒューマンライフケア川口グループホーム 宛

|         |                     |       |        |   |                            |                            |                            |                             |      |    |    |    |    |
|---------|---------------------|-------|--------|---|----------------------------|----------------------------|----------------------------|-----------------------------|------|----|----|----|----|
| フリガナ    |                     |       |        | 性別  | 生年月日                       |                            |                            |                             |      |    |    |    |    |
| ご氏名     |                     |       |        | 男・女   | M・T・S                      | 年                          | 月                          | 日                           | 歳    |    |    |    |    |
| 身長      | cm                  | 体重    | kg     | 血液型   | <input type="checkbox"/> A | <input type="checkbox"/> O | <input type="checkbox"/> B | <input type="checkbox"/> AB |      |    |    |    |    |
| 血圧      | / mmHg              | 脈拍    | 回/分    | 日常生活自立度   | 寝たきり度                      | J1                         | J2                         | A1                          | A2   | B1 | B2 | C1 | C2 |
| 血液検査    | 測定値                 |       |        | 認知症   | I                          | IIa                        | IIb                        | IIIa                        | IIIb | IV | M  |    |    |
|         | 血糖                  |       |        | 認知症の診断 ( なし・あり )  |                            |                            |                            |                             |      |    |    |    |    |
|         | GOT                 |       |        | 認知症と診断された時期 年 月頃  |                            |                            |                            |                             |      |    |    |    |    |
|         | GPT                 |       |        | <input type="checkbox"/> アルツハイマー型 <input type="checkbox"/> 脳血管型 <input type="checkbox"/> レビー小体型 |                            |                            |                            |                             |      |    |    |    |    |
|         | γ-GTP               |       |        | <input type="checkbox"/> 前頭葉側頭葉型 <input type="checkbox"/> その他( )                                |                            |                            |                            |                             |      |    |    |    |    |
|         | 赤血球                 |       |        | 認知症状  |                            |                            |                            |                             |      |    |    |    |    |
|         | 白血球                 |       |        |   |                            |                            |                            |                             |      |    |    |    |    |
|         | ヘモグロビン              |       |        |   |                            |                            |                            |                             |      |    |    |    |    |
|         | ヘマトクリット             |       |        |   |                            |                            |                            |                             |      |    |    |    |    |
|         | 尿素窒素                |       |        |   |                            |                            |                            |                             |      |    |    |    |    |
|         | クレアチニン              |       |        |   |                            |                            |                            |                             |      |    |    |    |    |
| アルブミン   |                     |       |        |   |                            |                            |                            |                             |      |    |    |    |    |
| 感染症     | 結核の既往               | 有・無   |        | 既往歴   |                            |                            |                            |                             |      |    |    |    |    |
|         | B型肝炎 HBs 抗原         | 陽性・陰性 |        |   |                            |                            |                            |                             |      |    |    |    |    |
|         | B型肝炎 HBs 抗体         | 陽性・陰性 |        |   |                            |                            |                            |                             |      |    |    |    |    |
|         | C型肝炎 HCV 抗体         | 陽性・陰性 |        |   |                            |                            |                            |                             |      |    |    |    |    |
|         | MRSA                | +・-   |        |   |                            |                            |                            |                             |      |    |    |    |    |
|         | 梅毒                  | 陽性・陰性 |        |   |                            |                            |                            |                             |      |    |    |    |    |
| 疥癬      | 有・無                 |       |        |   |                            |                            |                            |                             |      |    |    |    |    |
| 胸部X線    | 異常所見 ( なし・あり )      |       |        | 処方薬   |                            |                            |                            |                             |      |    |    |    |    |
|         | 診断名及び診療状況をご記入ください   |       |        |   |                            |                            |                            |                             |      |    |    |    |    |
| 心電図     | 異常所見 ( なし・あり )      |       |        | 視力障害  | なし・あり ( )                  |                            |                            |                             |      |    |    |    |    |
|         | 診断名及び診療状況をご記入ください   |       |        | 聴力障害  | なし・あり ( )                  |                            |                            |                             |      |    |    |    |    |
|         |                     |       |        | 言語障害  | なし・あり ( )                  |                            |                            |                             |      |    |    |    |    |
|         |                     |       |        | 尿検査測定値  | 糖 ( )                      | 潜血 ( )                     |                            |                             |      |    |    |    |    |
|         |                     |       | 蛋白 ( ) | ケトン ( )   |                            |                            |                            |                             |      |    |    |    |    |
| 集団生活の適否 | 適応 ・ 否適応            |       |        |   |                            |                            |                            |                             |      |    |    |    |    |
| 総合所見    | ご入居に際しての諸注意をご記入ください |       |        |   |                            |                            |                            |                             |      |    |    |    |    |

上記の通り診断します

平成 年 月 日 医療機関名  
所在地  
連絡先  
医師名