

# 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下永谷グループホーム 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"/> 前頭側頭型 <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

令和 年 月 日 医療機関名  
所在地  
連絡先  
医師名