

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 城東の湯グループホーム 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