

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大野城の宿グループホーム 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