

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東浦和グループホーム 宛

フリガナ ご氏名				性別 男・女	生年月日 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 認知症	J1 I	J2 IIa	A1 IIb	A2 IIIa	B1 IIIb	B2 IV	C1 M	C2		
血液検査	測定値			認知症の診断（なし・あり） 認知症と診断された時期 年 月頃 <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 <input type="checkbox"/> 前頭葉側頭葉型 <input type="checkbox"/> その他()											
	血糖				認知症状										
	GOT														
	GPT														
	γ-GTP														
	赤血球														
	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	十・一													
	梅毒	陽性・陰性													
	疥癬	有・無													
胸部X線	異常所見（なし・あり） 診断名及び診療状況をご記入ください			処方薬											
心電図	異常所見（なし・あり） 診断名及び診療状況をご記入ください				視力障害	なし・あり()									
	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()		ケトン()										
	蛋白()														
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

(印)