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立川グループホーム　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	□A	□O	□B	□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
					認知症	I	IIa	IIb	IIIa	IIIb	IV	M	
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 □アルツハイマー型　□脳血管型　□レビー小体型 □前頭葉側頭葉型　□その他（　）								
	血糖											
	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											
				認知症状								
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 ） 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（　）						
					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　　㊞