

健康診断書

特別養護老人ホーム ガジュマルの郷 (入居申請用)

氏名	男・女	生年月日 M・T・S 年 月 日 (歳)				
住所				電話番号		
身長	c m	体 重	k g	血 圧	/ mmHg spo2	
傷病名	1) (発症 年 月頃)		4) (発症 年 月頃)			
	2) (発症 年 月頃)		5) (発症 年 月頃)			
	3) (発症 年 月頃)		6) (発症 年 月頃)			
治療経過						
現在の処方	(投薬・注射すべて記入をお願いします)					
現在の医療・処置	(該当する項目全てチェックをお願いします) <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> 経管栄養(鼻腔経管・胃経) <input type="checkbox"/> 透析 <input type="checkbox"/> 酸素療法 排泄(<input type="checkbox"/> 尿カテーテル <input type="checkbox"/> 膀胱 <input type="checkbox"/> 人工肛門) <input type="checkbox"/> 皮膚疾患(病名) <input type="checkbox"/> 褥瘡(部位 状態) <input type="checkbox"/> 麻痺 無し・有り →片麻痺(右・左)					
精神疾患 認知症	無し・有り(症状名) 専門医受診(有・無) 問題行動の状況 (HDS-R 点)					
EKG 所見 (検査日 年 月 日)	胸部 X—P 所見 (直接) 撮影日 年 月 日 異常無 異常有 要治療 要注意					
血液検査		検査日 年 月 日	感染症		尿検査	
RBC	クレアチニン		検査日 年 月 日		検査日 年 月 日	
Hb	尿素窒素		HBs 抗原	+ ・ -	蛋白	
Ht	T-cho		HCV 抗体	+ ・ -	糖	
WBC	CRP 定量		MRSA	+ ・ -	潜血	
血小板	Na		梅毒 TPHA	+ ・ -	ウロビリ	
T-P	K		ガラス板法		身体状況	
アルブミン	C I		皮膚感染症	+ ・ -	機能訓練	可・否
GOT	血糖		結 核	+ ・ -	入 浴	可・否
GPT	HbA1C		疥 癬	+ ・ -	移 送	可・否
γGTP						
上記の状態なので介護保険におけるサービスの利用(可・否)と認めます。						
令和 年 月 日 医療機関 所在地			電話			
			名称			
			医師氏名			
			印			