|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 氏 名 | ﾌﾘｶﾞﾅ | 性 別 | 生 年 月 日 |
|  |  | 年　　　月　　　日　　　　　歳 |
| 傷病の経過・治療内容定期的な処方・その他外用 | 既往歴(1)(2)(3) |
| 禁忌・アレルギー | 身長・体重※　　　　　　cm　　　　kg |
| 胸部X線　　　　　　　　　　　　　検査日　　　　年　　月　　日所見 | 心電図　　　検査日　　　　年　　月　　日所見 |
| 血液検査日年　 月　 日　 | WBC×102/μℓ | PLT×104/μℓ | γ-GTIU/L　 | LDL　　　　　　　 ㎎/ｄℓ　　　　　　　 　　　　　  | Na mEq/L | CRP　㎎/ｄℓ　　　  |
| RBC　×104/μℓ　 | ASTIU/L　 | ALBｇ/ｄℓ | BUN　㎎/ｄℓ | KmEq/L | GLU㎎/ｄℓ |  |
| Hb　ｇ/ｄℓ | ALTIU/L　 | TCHO　㎎/ｄℓ | CRE㎎/ｄℓ | UA㎎/ｄℓ | HbA1c% |  |
| 尿検査 　　検査日　　　　年　　月　　日 　　 糖　 （　　　　）　　　　　　 蛋白 （　　　　）　　　　　潜血 （　　　　） |
| 感染症※※ 検査日　　　　年　　月　　日　　　　　　 HBs抗原（　　　　）　　　　　　HCV抗体（　　　　）　　　　TP抗体（　　　　） |
| 必要時☑下さい | □ | 身体の状態 | 麻　　痺（－　+）部位　　　　　　関節拘縮（－　+）部位　　　　　筋力低下（－　+）部位部位失調不随運動（－　+）部位　　　　　　　　　　　　　　　　　　褥　　瘡（－　+）部位　　　疥　　癬（－　+）部位　　　　　　緑 内 障（－　+）　　　　　　　 白 内 障（－　+） |
| □ | 障害高齢者自立度 | □正常　□J1　□J2　 □A1　□A2　□B1　 □B2　 □C1　□C2□ |
| □ | 認知症高齢者自立度 | □正常　□Ⅰ　□Ⅱa　□Ⅱb　□Ⅲa　□Ⅲb　□Ⅳ　 □M |
| 備考 |
| 上記の通り診断します　　　　　　　年　　月　　日　　　　　　　　　　　　　住所　 　　　　　　　　　　　　　　 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 医療機関名　　 　　 　 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 医師名 　 印 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 TEL　 　 FAX  |

健　康　診　断　書（施設入所用）

　　　※測定不能の場合自己申告　　※※感染症および血液検査は過去３ヶ月以内のもの使用可。