|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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-GT  IU/L | | | LDL  ㎎/ｄℓ | Na  mEq/L | CRP  ㎎/ｄℓ |
| RBC  ×104/μℓ | | | | AST  IU/L | | | ALB  ｇ/ｄℓ | BUN  ㎎/ｄℓ | | | K  mEq/L | GLU  ㎎/ｄℓ |  |
| Hb  ｇ/ｄℓ | | | | ALT  IU/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。