

# 健康診断書

(検査項目は必須です)

氏名 \_\_\_\_\_ (男・女) M・T・S 年 月 日生 ( 歳)

住所 \_\_\_\_\_ Tel \_\_\_\_\_

## ○ 診断名及び発症年月日

1. \_\_\_\_\_ 発症年月日 (S・H 年 月 日頃)

2. \_\_\_\_\_ 発症年月日 (S・H 年 月 日頃)

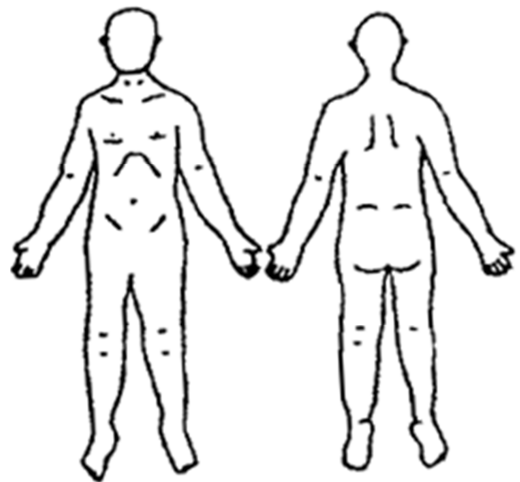
3. \_\_\_\_\_ 発症年月日 (S・H 年 月 日頃)

## ○ 経過及び治療内容・特に気をつけなければいけないこと

## ○ 身体の状態

- ・四肢欠損
- ・麻痺
- ・筋力の低下
- ・褥瘡
- ・その他皮膚疾患
- ・関節の拘縮
- ・失調・不随意運動

- ・難聴： 有 ・ 無
- ・視力： 良 ・ 不良
- ・特記すべきアレルギー  
有 ・ 無



## ○ 介護サービスにおける医学的観点からの留意事項

- ・血圧について 特になし あり ( )
- ・嚥下について 特になし あり ( )
- ・摂食について 特になし あり ( )
- ・移動について 特になし あり ( )
- ・その他特記事項 ( )

○ 日常生活の自立度について

・ 障害老人の日常生活度（寝たきり度）

○正常 ○J1 ○J2 ○A1 ○A2 ○B1 ○B2 ○C1 ○C2

・ 認知症老人の日常生活度

○正常 ○I ○II a ○II b ○III a ○III b ○IV ○M

・ 周辺症状の有無（該当する項目を全てチェックして下さい）

○有 ○無

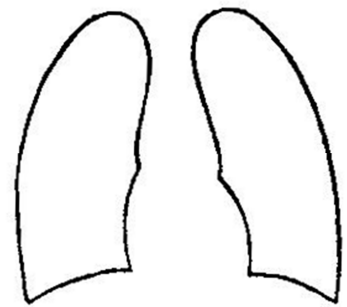
有の場合 ⇒ ○幻視・幻聴 ○妄想 ○昼夜逆転 ○暴言 ○暴行  
 ○介護への抵抗 ○徘徊 ○火の不始末 ○不潔行為 ○異食行動  
 ○性的問題行動 ○失見当識 ○自傷行為 ○その他（ ）

血液検査報告（コピー添付も可）

血清総蛋白	_____	g/dl
アルブミン	_____	g/dl
ALP	_____	IU/l
GOT	_____	IU/l
GPT	_____	IU/l
血清アミラーゼ	_____	IU/l
LDL・HDLコレステロール	_____	mg/dl
中性脂肪	_____	mg/dl
尿素窒素	_____	mg/dl
クレアチニン	_____	mg/dl
尿酸	_____	mg/dl
ナトリウム	_____	mEq/l
カリウム	_____	mEq/l
クロール	_____	mEq/l
血糖	_____	
白血球数	_____	$\times 10^2/\mu l$
赤血球数	_____	$\times 10^4/\mu l$
ヘモグロビン	_____	g/dl
ヘマトクリット	_____	%
血小板数	_____	$\times 10^4/\mu l$
CRP	_____	
HCV抗体	_____	- ・ +
HBs抗原	_____	
RPR	_____	
TPHA	_____	

胸部 X 線

R . .



心電図

R . .

現在の処方内容

特記事項

令和 年 月 日

住 所

医師氏名

印