

健康診断書

社会福祉法人テンドー会 らくらく苑・北之庄らくらく苑(デイサービス)

氏名	フリガナ		男・女	生年月日	明・大・昭	年	月	日
現住所	〒 TEL -							
既往症及び発症の年月日								
身長	cm	体重	kg	血压	/			
視力	良・やや不良・不良	皮膚疾患	<input type="checkbox"/> 無 疥癬(部位) <input type="checkbox"/> 有 湿疹(部位) 褥創(部位) その他()					
聴力	良・やや不良・不良							
血液検査	GOT IU/L		クレアチニン mg/dl	GPT IU/L	総タンパク g/dl	γ-GTP IU/L	血糖 mg/dl	総コレステロール mg/dl
月 日	総ビリルビン mg/dl	赤血球数 万/mm3	中性脂肪 mg/dl	ヘモグロビン g/dl	尿素窒素 mg/dl	ヘマトクリット %	尿酸 mg/dl	血小板数 万/mm3
感染症	HBs (- ・ +)	HCV抗体 (- ・ +)	ガラス板 (- ・ +)	MRSA (- ・ +)				
その他の検査及び特記事項								

心身障害の認定	障害名 ()	障害の程度 ()
	大正 昭和 平成	年 月 日 (推定・不詳)
四肢運動障害	<input type="checkbox"/> 四肢欠損 (部位: 程度: <input type="checkbox"/> 軽 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 重) <input type="checkbox"/> 麻痺 (部位: 程度: <input type="checkbox"/> 軽 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 重) <input type="checkbox"/> 筋力の低下 (部位: 程度: <input type="checkbox"/> 軽 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 重) <input type="checkbox"/> 関節の硬縮・肩関節 <input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左・股関節 <input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左 <input type="checkbox"/> 肘関節 <input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左・膝関節 <input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左 <input type="checkbox"/> 失調・不随意運動・上肢 <input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左・体幹 <input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左 <input type="checkbox"/> 下肢 <input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左	(直接・間接) X線写真所見 年 月 日 撮影
	特記事項	喀痰 TB菌 (有・無) *X線にて異常認められた場合のみ検査
精神の状態	日常生活	寝たきり度 <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> J1 <input type="checkbox"/> J2 <input type="checkbox"/> A1 <input type="checkbox"/> A2 <input type="checkbox"/> B1 <input type="checkbox"/> B2 <input type="checkbox"/> C1 <input type="checkbox"/> C2
	自立度	痴呆の状況 <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> IIa <input type="checkbox"/> IIb <input type="checkbox"/> IIIa <input type="checkbox"/> IIIb <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> M
	問題行動等	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 有の場合→ <input type="checkbox"/> 幻視・幻聴 <input type="checkbox"/> 妄想 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 暴言 <input type="checkbox"/> 暴行 <input type="checkbox"/> 介護への抵抗 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> 異食行動 <input type="checkbox"/> 性的問題行動
特別な医療	特記事項	その他
現症に対する総合所見	処置内容 <input type="checkbox"/> 点滴の管理 <input type="checkbox"/> 透析 <input type="checkbox"/> ストーマの処置 <input type="checkbox"/> 酸素療法 <input type="checkbox"/> 気管切開後の処置 <input type="checkbox"/> 疼痛の看護 <input type="checkbox"/> 経管栄養 特別な対応 <input type="checkbox"/> 褥瘡の処置 失禁への対応 <input type="checkbox"/> カテーテル	
上記のとおり診断します。	医療機関	
年 月 日	住所	
	医師名	印