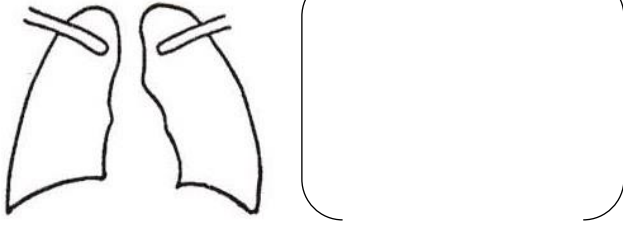


# 健康診断書

社会医療法人社団 順心会  
介護老人保健施設 淡路白寿苑

年 月 日

ふりがな 氏名	男・女	M・T・S	年 月 日 歳
既往歴 ※介護サービス提供上、重要なものから順に記入してください。	1	発症日	年 月 日 病院名:
	2	発症日	年 月 日 病院名:
	3	発症日	年 月 日 病院名:
	4	発症日	年 月 日 病院名:
	その他	発症日	年 月 日 病院名:
主な現病歴			
病状及び経過	身長 cm 体重 kg 血圧 / mmHg 脈拍 /分 整・不整		
使用中の薬剤※用法用量を記入下さい			
胸部X線写真所見	年 月 撮影 異常なし・異常あり	感染検査 ※必須。但し過去に実施歴があり、新たな感染が疑われない場合は、その結果に基づき記入して下さい HBs抗原 ( + ・ - ) HCV抗体 ( + ・ - ) TPHA ( + ・ - ) その他 ( )	
		サービス提供上の留意事項 送迎介助 : <input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 不要 入浴 : <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可 食事制限 : <input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 不要 服薬確認 : <input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 不要	
【血液所見】	赤血球 ( ) 万/ $\mu$ L	GPT ( ) IU/L	BUN ( ) mg/dL
	白血球 ( ) $\mu$ L	血清アルブミン ( ) g/dL	総蛋白 ( ) g/dL
	血小板 ( ) 万/ $\mu$ L	血糖 ( ) mg/dL	Cr ( ) mg/dL
	Hb ( ) g/dL	[HbA1c ( ) %]	尿酸 ( ) mg/dL
	Ht ( ) %	Na ( ) mEq/L	LDL ( ) mg/dL
	PT-INR ( )	K ( ) mEq/L	中性脂肪 ( ) mg/dL
	GOT ( ) IU/L	Cl ( ) mEq/L	CRP ( ) mg/dL
	【尿所見】	尿蛋白( + ・ - ) 尿糖( + ・ - ) ウビリノーゲン( + ・ - ) 尿潜血 ( + ・ - )	
備考 ※特記すべき事項があれば記入ください。	アレルギー 無 有 ( )		
【精神状態】	意思疎通 可 ・ 不可 (特記: ) 認知度 正常 ・ I ・ IIa ・ IIb ・ IIIa ・ IIIb ・ IV ・ M 行動心理症状 無 ・ 有 → 徘徊 ・ 異食 ・ 妄想 ・ 幻聴 ・ 興奮 ・ 暴力 ・ 収集癖 昼夜逆転 ・ 他( )		
【介護老人保健施設】	【医療機関名】		
【長期・短期・通所・訪問での対応】	【所在地】 〒		
可 ・ 不可	【TEL】		
	【医師名】 (印)		

この意見書は当施設へ長期入所・短期入所・通所リハビリ・訪問リハビリを利用される際の判定資料とさせていただきます。

誠に恐縮ではございますが、ご記入下さいますよう、よろしくお願い致します。

改訂 2022.4.1