

入居時健康診断書

提出先事業所：グループホームよつ葉

※上記事業所の入居判定資料として使用いたします。

フリガナ 氏名		男 女	生 年 月 日	明治 ・ 大正 ・ 昭和 年 月 日 (歳)
住所				
診断名			既往歴	
病状経過			処方内容	
認知症の診断	無 ・ 有 ※有の場合以下もご記入ください 認知症と診断された時期 年 月 日頃 <input type="checkbox"/> アルツハイマー型 <input type="checkbox"/> 脳血管型 <input type="checkbox"/> レビー小体型 <input type="checkbox"/> 前頭葉側頭葉型 <input type="checkbox"/> その他 () 認知症高齢者の日常生活自立度 I ・ II ・ IIa ・ IIb ・ III ・ IIIa ・ IIIb ・ IV ・ M 症状：			
			留意点等	生活の

(身長 cm)	(体重 kg)	(血圧 / mmHg)	(脈拍 回/分)
検査所見 【検査日 年 月 日】		血液型	A ・ B ・ O ・ AB Rh()
尿	蛋白 + -	胸部レントゲン	【撮影日 年 月 日】 所見 異常なし ・ あり
	糖 + -		
	潜血 + -		
便	潜血 + -	血液検査測定値	白血球 /μL GOT U/L
感染症	HBs抗原 + -		赤血球 万/μL GPT U/L
	HCV抗体 + -		ヘマトクリット % γ-GTP U/L
	MRSA + -		ヘモグロビン g/dL 尿素窒素 mg/dL
	疥癬 - + 部位 ()		血小板 万/μL クレアチニン mg/dL
	梅毒 + -		アルブミン g/dL 血糖 mg/dL
	その他 ()		総蛋白 g/dL HbA1c %
皮膚疾患 (褥瘡含む)	無 ・ 有 ()	結核の既往	無 ・ 有 (歳)
アレルギー	無 ・ 有 ()	視力障害	無 ・ 有 ()
麻痺	無 ・ 有 ()	聴力障害	無 ・ 有 ()
拘縮	無 ・ 有 ()	言語障害	無 ・ 有 ()
特記事項			

上記のとおり診断いたします。

令和 年 月 日

医療機関名

所在地

医師氏名

印