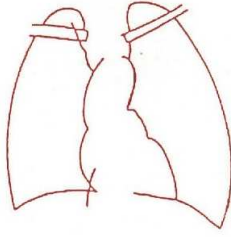


健康診断書

(介護付き有料老人ホームSJR別院 入居／短期利用)

フリガナ				性別	生年月日			年齢		
氏名				☐ 男 ☐ 女	□大正 □昭和 □西暦 年 月 日			歳		
住所	〒									
主病名				発症年月日		年	月	頃		
				発症年月日		年	月	頃		
				発症年月日		年	月	頃		
				発症年月日		年	月	頃		
				発症年月日		年	月	頃		
介護認定	要支援	1	2	要介護	1	2	3	4	5	
認知症の有無 ☐ 有 ☐ 無 (障害老人の日常生活自立度: 認知症老人の日常生活自立度:)										
既往歴				1.()について 現在の治療を続けてください。 2.老人ホームの入居・利用において感染症 などの医療的問題は、 (有 ・ 無) 3.自傷行為や他害の心配は(有 ・ 無) 有の場合は、具体的に() 4. 入居・利用手続きなどの理解、判断能力 については、(できる ・ できない)						
使用中の 薬剤 (添付可)										
胸部X線	撮影日 年 月 日									
	☐ 所見なし ☐ 所見あり									
	結核の既往 ☐ 無 ☐ 有									
計測	身長			cm	血压			mmHg	SpO ₂	%
	体重			Kg	脈拍			/分	☐ 整 ☐ 不整	
肝炎 ウイルス検査	HBs抗原	()		皮膚(疥癬)	☐ 無 ☐ 有	()				
	HCV抗体	()		アレルギー	☐ 無 ☐ 有	()				
尿検査	蛋白	()		糖	()		潜血	()		
特記事項	* 視力・聴力・言語・皮膚状態・感染症・麻痺・拘縮等特記すべき事項があればご記入をお願いします。									
上記の通り診断します。										
医療機関名										
所在地										
医師名 印 令和 年 月 日										