

健康診断書（特定施設入居者生活介護用）

（下記項目を記入お願いいたします）

フリガナ				男	生 年 月 日				
氏 名				・	明 ・ 大 ・ 昭				
				女	年 月 日 （ 歳）				
住 所	〒 ー 大阪市 区								
TEL	（ ） ー								
身 長				cm	胸部レントゲン所見（直接撮影：平成 年 月 日） 				
体 重				kg					
血 圧	収縮期血圧								mmHg
	拡張期血圧								mmHg
検 尿	潜血		糖						
	蛋白		ウロビリノーゲン						
感染症	HBs 抗原検査					MRSA			
	HCV 抗体検査					結 核			
※ 現在わかる範囲の記入で結構です。									
既往歴									
現病歴									
投薬内容									
認知症	認知症高齢者日常生活自立度判定基準			I ・ IIa ・ IIb ・ IIIa ・ IIIb ・ IV ・ M					
	長谷川式スケール		点	宿泊サービス利用の可否	可 ・ 否	入浴	可 ・ 否		
サービス利用にあたっての留意点									
現時点におけるサービス利用にあたっての診断は、上記の通りです。									
平成 年 月 日									
住所					TEL () ー				
医療機関名									
医師									