

入所時健康診断書

ふりがな 氏 名			性別			西暦	年	月	日	生れ
住 所						電話番号(自宅)				
						電話番号(携帯)				
	身長	cm	体重	kg	/	mmHg	脈拍	/分	整	
介護度		認知症診断	有 ・ 無	診断日: 令和 年 月 日						
障害高齢者の日常生活自立度(寝たきり度): ☐ 自立 ☐ J1 ☐ J2 ☐ A1 ☐ A2 ☐ B1 ☐ B2 ☐ C1 ☐ C2										
認知症高齢者の日常生活自立度: ☐ 自立 ☐ I ☐ IIa ☐ IIb ☐ IIIa ☐ IIIb ☐ IV ☐ M										
血液検査 データ	ヘモグロビン() 赤血球() 白血球() ヘマトクリット() 血小板() 総蛋白() アルブミン() 中性脂肪() HDLコレステロール() LDLコレステロール() AST() ALT() γ-GT() LDH() 空腹時血糖() HbA1c() BUN() クレアチニン()									
尿検査	糖(- ・ 土 ・ + ・) 蛋白(- ・ 土 ・ + ・) 潜血(- ・ 土 ・ + ・)									
胸部 X線検査 * 必須。3か 月以内のも の。			コメント:		感染症検査 令和 年 月 日 実施 HBs抗原 ☐ + ☐ - HCV抗体 ☐ + ☐ - 梅毒 ☐ + ☐ -					
					以下は検出がある場合のみ記入 MRSA 検出部位 () 検査日 年 月 日 緑膿菌 検出部位 () 検査日 年 月 日					
予防接種	コロナウィルスワクチン接種: 令和 年 月 日 回目 肺炎球菌: 令和 年 月 日 インフルエンザワクチン接種: 令和 年 月 日									
心電図	正常 ・ 異常 () * 異常を認める場合、コピーを添付してください。									
備考*特記すべき事項があれば記入して下さい。										
令和 年 月 日										
医療機関名			医師名 (印)							
所在地			電話				FAX			
記載上のお願い: 1. 介護サービス利用、施設入所の際、この診断書の内容だけでは不十分な場合があるので、必要に応じて血液検査や画像診断の結果等を添付してください。										