

# 健康診断書

ケアハウス

サン・フラワー

氏名		男・女	生年月日	明・大・昭 年 月 日( 歳)	
現住所					
血圧	最高( ) 最低( ) P( ) BT( 度)	現在治療中の病名			
自覚症状				既往歴 ・ 発病年月日	
視診	歩行障害(一・+)その他( )				
聴診	ラ音(一・+)不整脈(一・+)心音(正・不正)				
栄養状態	良・中・不良	身長( cm)	体重( kg)		
浮腫	一・±・++++++(部位 )			処方	
尿検査	糖(一・±・+) 蛋白(一・±・+) 潜血(一・±・+)				
	ウロビリノーゲン(一・±・++++)				
	血液型( A型 B型 AB型 O型 )				
	Rh型(一・+)			その他(入居に関する意見等)	
血液検査	末梢血	WBC	RBC		$\times 10 / \text{mm}^3$
		Hb	g Ht		%
	血沈	1時間値	2時間値		mm mm
	TPHA(一・+) ガラス板法(一・+)			障害高齢者の日常生活自立度 J1・J2・A1・A2・B1・B2・C1・C2 認知症高齢者の日常生活自立度 認知症なし・I・IIa・IIb・IIIa・IIIb IV・V	
	GOT GPT CRP定性(一・+)				
	HBS抗原(一・+) HCV抗体(一・+)				
褥瘡	部位	程度			
その他	疥癬(一・+) MRSA(一・+)			問題行動 無・有	
胸部レントゲン所見 (直間)				有 → <input type="checkbox"/> 幻視・幻覚 <input type="checkbox"/> 妄想 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 暴言・暴行 <input type="checkbox"/> 介護への抵抗 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 火の不始末 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> 異食行為 <input type="checkbox"/> 性的問題行動 <input type="checkbox"/> その他( )	
心電図所見					
上記のとおり診断しました。					
平成 年 月 日	住 所			印	
	医療機関名				
	医師名				