

# 健康診断書・診療情報提供書

株式会社 あいけあ  
住宅型有料老人ホーム あいけあはうす悠(HARUKA)

|  |   |                |     |        |                |         |     |
|--|---|----------------|-----|--------|----------------|---------|-----|
| お名前  | (ふりがな)  |                | 性別  | 生年月日   |                |         | 年齢  |
|  |   |                | 男・女 | 明・大・昭  | 年              | 月       | 日   |
| 住所   |   |                |     | 電話     |                |         | 血液型 |
| 身長   | cm (測定日 年 月 日)  |                |     | 血压     | / mmHg         |         |     |
| 体重   | kg (測定日 年 月 日)  |                |     |        |                |         |     |
| 聴力   | 右   | 大声／普通／小声／難聴／失聴 |     | 左      | 大声／普通／小声／難聴／失聴 |         |     |
| 視力   | 右   |                |     | 左      |                |         |     |
| 心電図  | <input type="checkbox"/> 正常(脈拍 /分)<br><input type="checkbox"/> 異常 |                |     | 胸部X線   | (所見)           |         |     |
| 既往歴<br>現 症   |   |                |     |        |                |         |     |
| 【 尿検査 】  |   |                |     |        |                |         |     |
| 糖  |   | 蛋白             |     | 潜血     |                | ケトン     |     |
| 【 血液検査 】   |   |                |     |        |                |         |     |
| 血糖   |   | GOT            |     | GPT    |                | γ-GTP   |     |
| 赤血球  |   | 白血球            |     | ヘモグロビン |                | ヘマトクリット |     |
| 尿素窒素   |   | クレアチニン         |     | 総蛋白    |                |         |     |
| 内服薬  | ※他科からの処方もご記入ください  |                |     |        |                |         |     |
| 治療食  |   | アレルギー          | 薬物: | 食物:    |                |         |     |
| 【 感染症 】  |   |                |     |        |                |         |     |
| HBs抗原  | +/-   | MRSA           | +/- | 疥癬     | +/-            | 結核      | +/- |
| HBe抗原  | +/-   | 梅毒             | +/- | HCV抗体  | +/-            |         |     |
| 障がい高齢者の日常生活自立度   | 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/V                                       |                |     |        |                |         |     |
| 入居に際しての注意事項・特記事項をご記入ください。<br>(身体機能・栄養状態・嚥下・入浴・皮膚の状態など処置・観察が必要な事項に関してご記載ください) |   |                |     |        |                |         |     |
| (病院名)  |   |                |     | 診断書記入日 | 年              | 月       | 日   |
| (所在地)  |   |                |     | 担当医師   |                |         |     |
| (連絡先)  |   |                |     |        | 印              |         |     |

※ 検査項目と内容を網羅するものであればこの帳票に限るものではありません。