

健康診断書・診療情報提供書

株式会社 あいけあ
(介護予防)認知症対応型共同生活介護 グループホーム あいけあ新富士

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)			血圧	/ 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) <input type="checkbox"/> 異常			胸部X線	(所見)		
既往歴 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。 (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。