

入所希望健康診断書

令和 年 月 日

社会福祉法人 常盤会
特別養護老人ホーム みずほ園
施設長 殿

医療機関名
所在地
電話番号
FAX番号
医師氏名

フリガナ 氏名		男 女	生年月日	M・T・S	年	月	日	歳
住所	電話番号 ()							
病名	1.		発症年月日	昭和・平成・令和	年	月	日	頃
	2.		発症年月日	昭和・平成・令和	年	月	日	頃
	3.		発症年月日	昭和・平成・令和	年	月	日	頃
	4.		発症年月日	昭和・平成・令和	年	月	日	頃
既往歴								
病状経過								
注意事項 (食事内容等)	<input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 胃瘻 <input type="checkbox"/> 中心静脈栄養 <input type="checkbox"/> カテーテル <input type="checkbox"/> ストマ							
現在の処方内容								

<日常生活の自立度>

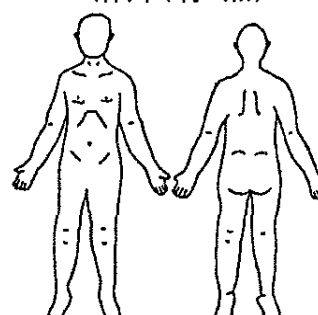
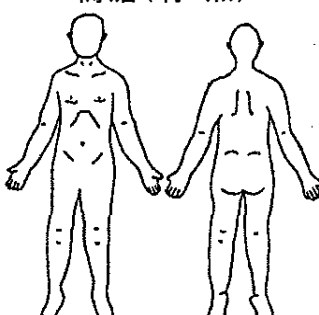
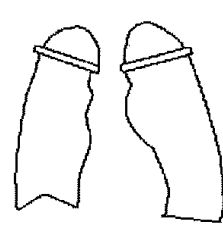
- ・障害高齢者の日常生活自立度(寝たきり度) 正常 J1 J2 A1 A2 B1 B2 C1 C2
- ・認知症高齢者の日常生活自立度 正常 I IIa IIb IIIa IIIb IV M
- ・長谷川式認知症スケール 点(月 日実施)

<理解および記憶>

- ・短期記憶 問題 問題なし
- ・日常の意思決定を行うための認知能力 自立 いくらか困難 見守りが必要 判断できない
- ・自分の意思の伝達能力 伝えられる いくらか困難 具体的要求のみ 伝えられない

<問題行動の有無> 有 無

- (有の場合) 幻視・幻聴 妄想 昼夜逆転 暴言 介護への抵抗 徘徊
火の不始末 不潔行為 異食行動 性的問題行動 その他()

身長	cm	体重	kg	血圧	mmHg	脈拍数
不整脈	有・無	ECG所見				
麻痺(有・無)		褥瘡(有・無)		X-P所見(急性疾患なければ不可)		
						
程度:軽度・中度・重度				撮影日 年 月 日		

検査結果	血液検査 (検査日 年 月 日)					
	白血球数		T-Bil		T-Chol	
	赤血球数		GOT		中性脂肪	
	ヘモグロビン		GPT		尿素窒素	
	血小板		rGTP		クレアチニン	
	総蛋白		LDH		尿酸	
	アルブミン		ALP		血糖	
	尿検査					
	糖	—・+	タンパク	—・+	潜血	—・+
	感染症					
HBs抗原	—・+	HCV抗体	—・+	RPR	—・+	
MRSA	—・+	部位()		疥癬	—・+	
特記事項	肺炎球菌ワクチン接種 (有・無) 年 月 日					

・直近の医療情報をご記入下さい。結果伝票のコピー添付でも構いません。
 ・必ずしも新たな検査を求めるものではありません。