

健康診断書（地域密着型特定施設入居者生活介護用）

（下記項目を記入お願いいたします）

フリガナ					男	生 年 月 日						
氏 名					女	明 ・ 大 ・ 昭 年 月 日 （ 歳）						
住 所	〒 ー 大阪市 区											
TEL	（ ） ー											
身 長					胸部レントゲン所見（直接撮影：平成 年 月 日） 							
体 重												
血 圧	収縮期血圧										mmHg	
	拡張期血圧										mmHg	
検 尿	潜血		糖									
	蛋白		ウロビリノーゲン									
感染症	HBs抗原検査				MRSA							
	HCV抗体検査				結 核							
	※ 現在わかる範囲の記入で結構です。											
既往歴												
現病歴												
投薬内容												
認知症	認知症高齢者日常生活自立度判定基準				I ・ IIa ・ IIb ・ IIIa ・ IIIb ・ IV ・ M							
	長谷川式スケール		点	宿泊サービス利用の可否	可 ・ 否	入浴	可 ・ 否					
サービス利用にあたっての留意点												
現時点におけるサービス利用にあたっての診断は、上記の通りです。												
平成 年 月 日												
住所					TEL () ー							
医療機関名												
医師												