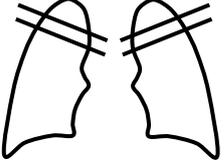


健康診断書

フリガナ		男 女	生年月日	明・大・昭 年 月 日 歳				
氏 名	様							
住 所	TEL ()							
診 断 名 等	主要病名又は症状・時期等		既 往 歴	病名・症状等		時 期		
	1.			1.	年 月～ 年 月		年 月	
	2.			2.	年 月～ 年 月		年 月	
	3.			3.	年 月～ 年 月		年 月	
	4.			4.	年 月～ 年 月		年 月	
5.		5.	年 月～ 年 月		年 月			
主 な 経 過								
処 方	長期常用薬には◎を付記して下さい。又治療食の指示のある場合は各制限量等も記載して下さい。							
胸部 X 線所見 平成 年 月 日撮影		心電図所見 平成 年 月 日実施		医療的処置の状況				
				<input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 胃瘻 <input type="checkbox"/> 留置カテーテル <input type="checkbox"/> ストーマ <input type="checkbox"/> IVH <input type="checkbox"/> レスピレーター <input type="checkbox"/> HOT <input type="checkbox"/> インシュリン注射 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> ペースメーカー 該当項目全てチェックして下さい				
医師所見：異常有り・異常なし		異常有り・異常なし						
検 査 所 見	尿	蛋 白() 糖() 潜 血()			感 染 症	TPHA ()		全項目必須
	血 液	Hgb() Fe() WBC() PLT()				HBs 抗原()		
		TP() Alb() ChE() T-cho()				HCV 抗体()		
		TG() GOT() GPT() γ-GTP()						
		BUN() Cre() FBS() HbA1c()				皮膚疥癬()		
身長(cm) 体重(kg) 血圧(/)								
アレルギー：無・有(薬)(食事) 褥瘡：無・有(部位)(程度)								
身 体 状 況	障害有無							
	視力障害：無・有 聴力障害：無・有		言語障害：無・有 嚥下障害：無・有		関節拘縮：無・有(肩・肘・手・股・膝・足)			
麻痺：無・有(右・左：上肢・下肢)		精神疾患：無・有()		認知症状：長谷川式スケール(合計得点)				
総 合 所 見	(1) 認知症老人の日常生活自立度 (<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> IIa <input type="checkbox"/> IIb <input type="checkbox"/> IIIa <input type="checkbox"/> IIIb <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> M)							
	(2) 問題行動の有無(該当する項目全てチェックして下さい)							
	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 幻視・幻聴 <input type="checkbox"/> 妄想 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 暴言 <input type="checkbox"/> 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"/> 異食行動 <input type="checkbox"/> 性的問題行動 <input type="checkbox"/> その他()							
(3) 障害老人の日常生活自立度 (<input type="checkbox"/> J 1 <input type="checkbox"/> J 2 <input type="checkbox"/> A 1 <input type="checkbox"/> A 2 <input type="checkbox"/> B 1 <input type="checkbox"/> B 2 <input type="checkbox"/> C 1 <input type="checkbox"/> C 2)								
医療機関 名 称：				平成 年 月 日				
所 在 地：								
医 師 氏 名：				印				

※検査データは、3ヶ月以内に実施された結果をご使用ください。