

健康診断書

新規入所用

社会医療法人社団 順心会
介護老人保健施設 夢前白寿苑

令和 年 月 日

氏名		様	男・女	生年月日	T・S・H	年	月	日	歳
【病名】					【内服薬】 ※別紙参照可				
【現病歴・経過】					【アレルギー】 無 ・ 有 ()				
					【障害老人の生活自立度(寝たきり度)】 J1 J2 A1 A2 B1 B2 C1 C2				
					【認知症老人の日常生活自立度】 自立 I IIa IIb IIIa IIIb IV M				
					【認知症評価スケール】 ※どちらかで可 MMSE /30 点 長谷川式(HDS-R) 点				
【既往歴】					【身長】 cm 【体重】 kg				
【胸部X線写真所見】 年 月 日 撮影					【皮膚の状態】 疥癬: 無 ・ 有 褥瘡: 無 ・ 有 ()				
					【眼科疾患】 無 ・ 有 ()				
					【点眼薬】 無 ・ 有 ()				
【感染症】 ※別紙参照可					【血圧】				
TPHA (+ ・ -) HBs抗原 (+ ・ -) HCV抗体 (+ ・ -)					その他 ()				
【血液所見】 ※別紙参照可					【心電図】				
WBC () /μL RBC () 万/μL PLT () 万/μL Hb () g/dl Ht () % GOT () U/L GPT () U/L CRP () mg/dL ALB () g/dL ALP () U/L γ-GTP () U/L BNP () pg/mL					T-CHO () mg/dL HbA1c () % Na () mEq/L K () mEq/L Cl () mEq/L BUN () mg/dL Cre () mg/dL ※ 必要だと思われる項目あればご記載お願いいたします。				
					/ mmHg 正常 ・ 異常 ※異常時データ添付				
【医療機関名】									
【所在地】 〒									
【TEL】									
【医師名】									

この意見書は当施設へ入所・通所利用される際の判定資料とさせていただきます。誠に恐縮ではございますが、全ての項目についてご記入下さいませよう
 よろしく願い致します。また、入所を確約させて頂く書類ではございません。不明な点につきましては 079-335-3320 までご連絡下さい。