

健康診断書

ケアハウスかみさと入居者用

氏名	フリガナ	男 女	大正 ・ 昭和	年 月 日生	年 齡
住所					

身長	体重	血圧	脈拍	呼吸	体温
視力		聴力		血型	R h
右 ()	右				
左 ()	左				
肝機能		検尿		血液	
G O T	蛋白	赤血球			
G P T	潜血	白血球			
コレステロール	尿糖	血色素			
胸部X線所見		心電図所見		感染症	
(令和 年 月 日検査)				HBs抗原 HCV抗体	
現在の病名・症状 (現在の治療状況)			常用薬		
既往歴					
精神疾患又は認知症の状態					
自立した生活の可否・介助の必要度 (医師の立場から)					
● 移動	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助	備考	
● 食事	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助	備考	
● 入浴	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助	備考	
● 排泄	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助	備考	
● 着脱衣	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助	備考	
入居にあたっての総合判断					

上記のとおり診断します。

令和 年 月 日

医療機関の住所地及び名称

担当医師名

印