健康診断書

※わかる範囲でご記入ください　　（介護老人保健施設・介護老人福祉施設）

氏名 ＿＿＿＿＿＿＿＿　　＿＿＿＿年　月　日＿＿＿＿歳

住所 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿ Tel ＿＿＿＿＿＿＿＿

○診断名及び発症年月日

1 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿ 発症年月日　　年　月　日頃

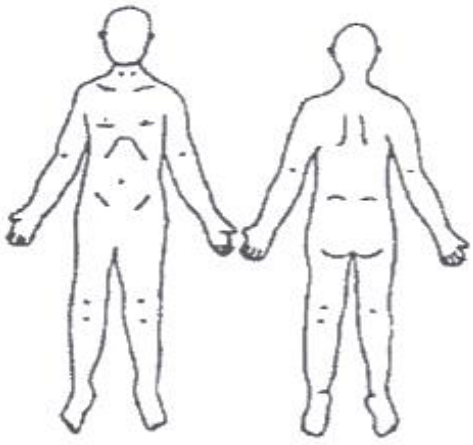
2 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿ 発症年月日　　年　月　日頃

3 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿ 発症年月日　　年　月　日頃

○経過及び治療内容・特に気をつけなければいけないこと

○身体の状態

□ 四肢欠損
□ 麻痺
□ 筋力の低下
□ 褥創
□ その他皮膚疾患
□ 関節の拘縮
□ 失調・不随意運動
難聴　□ 有　□ 無
視力　□ 有　□ 不良
特記すべきアレルギー
□ 有（　　）
□ 無



○介護サービスにおける医学的観点からの留意事項

・血圧について　□ 特になし □ あり（　　）
・嚥下について　□ 特になし □ あり（　　）
・摂食について　□ 特になし □ あり（　　）
・移動について　□ 特になし □ あり（　　）
・その他特記事項　（　　）

○日常生活の自立度について

・障害老人の日常生活度（寝たきり度）

☐正常　☐J1　☐J2　☐A1　☐A2　☐B1　☐B2　☐C1　☐C2

・認知症老人の日常生活度

☐正常　☐Ⅰ　☐Ⅱa　☐Ⅱb　☐Ⅲa　☐Ⅲb　☐Ⅳ　☐M

・周辺症状の有無（該当する項目を全てチェックして下さい）

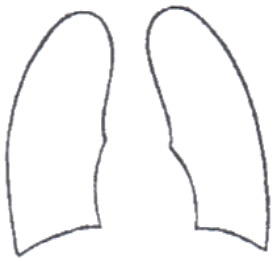
☐有　　☐無

有りの場合→ ☐幻視・幻聴　☐妄想　☐昼夜逆転　☐暴言　☐暴行
☐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　☐失見当識　☐自傷行為　☐その他（　　）

血液検査報告（コピー添付も可）

血清総蛋白	＿＿＿＿	g／dl
アルブミン	＿＿＿＿	g／dl
ALP	＿＿＿＿	IU／l
GOT	＿＿＿＿	IU／l
GPT	＿＿＿＿	IU／l
血清アミラーゼ	＿＿＿＿	IU／l
総コレステロール	＿＿＿＿	mg／dl
中性脂肪	＿＿＿＿	mg／dl
尿素窒素	＿＿＿＿	mg／dl
クレアチニン	＿＿＿＿	mg／dl
尿酸	＿＿＿＿	mg／dl
ナトリウム	＿＿＿＿	mEq／l
カリウム	＿＿＿＿	mEq／l
クロール	＿＿＿＿	mEq／l
血糖	＿＿＿＿	
白血球数	＿＿＿＿	$\times 10^2$／μl
赤白血球数	＿＿＿＿	$\times 10^4$／μl
ヘモグロビン	＿＿＿＿	g／dl
ヘマトクリット	＿＿＿＿	%
血小板数	＿＿＿＿	$\times 10^4$／μl
CRP	＿＿＿＿	
HCV抗体	＿＿＿＿	
Hbs抗原	＿＿＿＿	

胸部X線　　・　　・



心電図　　・　　・

現在の処方内容

特記事項

年　　月　　日

住所

医師氏名　　印

那賀圏域医療と介護の連携推進協議会　H26/3作成