

※入所申込み時点では提出の必要はありません。入所待機順位が上位になった際に、提出依頼のご連絡をいたします。

健康診断書

氏名				生年月日	明・大・昭	年	月	日	(満 歳)		
住所	〒										
既往歴											
現在治療中の病気と経過							薬名				
感染症の有無	結核性疾患 (有・無)				性病 (有・無)						
	伝染病皮膚炎 (有・無)				感染症 (有・無)						
	精神病の既往 (有・無)				MRSA (+・-・未検)						
身長	cm			体重	Kg			体温	℃		
血圧	/ m/Hg			脈拍	不整 (有・無)						
検尿	蛋白 +・±・-				糖 +・±・-						
現在の症状	視力	右	正常・弱視・白内障・緑内障・その他()	左	正常・弱視・白内障・緑内障・その他()	認知症状・精神症状(有・無) <input type="checkbox"/> 初期認知症 <input type="checkbox"/> 脳血管性認知症 <input type="checkbox"/> 老年性認知症 <input type="checkbox"/> アルツハイマー型認知症 <input type="checkbox"/> その他 (軽度 ・ 中度 ・ 重度) 長谷川式簡易認知症検査スケール 点					
		聴力	右	正常・難聴・その他()	左					正常・難聴・その他()	
	言語	正常・失語有 かなりの言語障害 その他 ()									
	麻痺	無・有 部位		拘縮	無・有 部位						
	疼痛	無・有 さす痛み・だるさ伴う・動かすと痛む・押すと痛む		褥瘡	無・治癒・有 部位() 大きさ()						
	排便	正常・便秘・下痢 下剤(頻度) 薬品名()		排尿	正常・頻尿・困難 その他						
	睡眠	良眠・不眠・昼夜逆転 種類()			薬剤(有・無) 頻度						
	その他										
所見											

特別養護老人ホーム 遊生の町 入所

適 ・ 不適

年 月 日

医療機関名(住所)

医師氏名

印