

# 健康診断書

入居希望者 氏名	フリガナ	性別	男・女	生年月日	明治・大正・昭和 年 月 日( 歳)
現住所	〒 _____ 電話 ( ) _____				
既往歴					
現在治療中の 病名と経過					
二次疾患の有無 結核性疾患(有・無)      伝染性皮膚疾患(有・無)      精神疾患の既往(有・無) 感染症疾患(有・無)      MRSA (有・無)					
診断名・検査結果等:					
身長	cm	体重	kg	平熱	℃
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・緑内障 白内障 その他	認知症状・精神状態	
		左	正常・弱視・緑内障 白内障 その他	認知症診断: 有・無	診断名
	聴力	右	正常・難聴 その他	症状	軽度・中度・重度
		左	正常・難聴 その他	長谷川式簡易認知症検査スケール _____ 点	
	言語	正常・障害有り (状態: _____) その他		意思疎通	普通・やや悪い・悪い
				記憶障害	重度・中度・軽度・無 特記事項
	四肢麻痺	無・有(部位 _____)		失見当識	重度・中度・軽度・無 特記事項
				徘徊	重度・中度・軽度・無 特記事項
	四肢拘縮	無・有(部位 _____)		不潔行為	重度・中度・軽度・無 特記事項
	四肢振戦	無・有(部位 _____)		不穏興奮	重度・中度・軽度・無 特記事項
	疼痛	無・有(部位 _____) さす痛み・だるさを伴う痛み 動かすと痛む・押すと痛む		摂食異常	重度・中度・軽度・無 特記事項
	排泄状態	正常・便秘・下痢 下剤使用(頻度: 週 _____ 回)		幻覚妄想	重度・中度・軽度・無 特記事項
	排尿状態	正常・頻尿・困難 その他		攻撃的行為	重度・中度・軽度・無 特記事項
	褥瘡	無・治癒・有 部位 _____ 大きさ _____		自傷行為	重度・中度・軽度・無 特記事項
				火の扱い	重度・中度・軽度・無 特記事項
睡眠状態	良眠・不眠・昼夜逆転				
所見	認知症対応型共同生活介護グループホームの入居に関して 適・不適				

令和 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

医療機関 住所 名称

医師氏名

