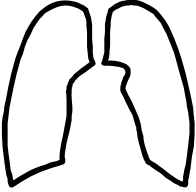


健康診断書

(グループホーム名: _____)

氏名	(男 ・ 女)	生年月日 明 ・ 大 ・ 昭 年 月 日 歳					
住所	TEL ()						
診断名		主な経過					
既往歴		処方箋					
胸部X線所見	平成 年 月 日 直接 ・ 間接 医師所見	心電図所見					
	異常あり ・ 異常なし 						
検査所見	血液	白血球 ()	感染症	TPHA ()	障害の有無	視力	有 ・ 無
		Hb ()		HBS抗原 ()		聴力	有 ・ 無
		アルブミン ()		HCV抗体 ()		嚙下	有 ・ 無
		GOT ()		MRSA ()		言語	有 ・ 無
		GPT ()		皮膚疥癬 ()		麻痺	有 ・ 無
		γ-GTP ()	身長 _____ cm	麻痺部位 ()			
		HDLコレステロール ()	体重 _____ kg	関節拘縮		有 ・ 無	
		LDLコレステロール ()	血压 _____ / _____			拘縮部位 ()	
		BUN ()	アレルギー : 有 ・ 無	歩行状態		自立歩行	
		クレアチニン ()	薬 ()			車いす使用	
	血糖値 ()	食事 ()	杖使用				
	HbA1C ()	褥瘡 : 有 ・ 無	歩行介助要				
	尿	蛋白 ()	部位 ()				
		糖 ()					
介護認定 要支援1・2 要介護1・2・3・4・5		長谷川式スケール(HDS-R) /30点					
総合所見	(認知症等の具体的な状態について)						
医療機関 所在地		平成 年 月 日					
名称							
医師氏名		印					