

# 健康診断書

ケアハウスタナギ苑

施設長 吉永 陽一 殿

氏名		男・女	明・大・昭 年 月 日 生
住所	〒 -	電話 ( ) -	
現在の病名			
主な既往歴			
病状及び経過			
	身長	cm	体重 kg 血圧 / mmHg 脈拍 /分 整 不整
処方薬			
胸部 X-P の結果			
感染症	HB s 抗原 ( ) HCV ( ) その他特記事項 ( )		
アレルギー	食物 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( ) 薬物 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( )		
日常生活自立度	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> J1 <input type="checkbox"/> J2 <input type="checkbox"/> A1 <input type="checkbox"/> A2 <input type="checkbox"/> B1 <input type="checkbox"/> B2 <input type="checkbox"/> C1 <input type="checkbox"/> C2 特記事項 ( )		
認知症の状況	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> IIa <input type="checkbox"/> IIb <input type="checkbox"/> IIIa <input type="checkbox"/> IIIb <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> M 特記事項 ( )		
サービス提供上の留意事項	移送介助： <input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 不要 入浴： <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可 食事制限： <input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 不要 服薬確認： <input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 不要 備考※特記すべき事項があれば記入してください。		
上記の通り診断する。 令和 年 月 日			
所在地	電話 ( ) - FAX ( ) -		
医療機関名	医師名		印