

# 健康診断書

【氏名】 \_\_\_\_\_ 【生年月日】(M・T・S・H) 年 月 日生

【住所】 \_\_\_\_\_

【認知症高齢者の日常生活自立度】 自立 I IIa IIb IIIa IIIb IV M

【障がい高齢者の日常生活自立度】 自立 J1 J2 A1 A2 B1 B2 C1 C2

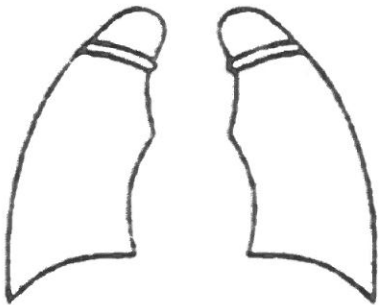
【現病歴】  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

【発病年月日】  
年 月 日  
年 月 日  
年 月 日  
年 月 日

【既往歴】  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

年 月 日  
年 月 日  
年 月 日  
年 月 日

【検査】  
身長 \_\_\_\_\_ cm  
体重 \_\_\_\_\_ kg  
血圧 \_\_\_\_\_  
尿所見 蛋白( )  
糖 ( )  
潜血( )  
梅毒反応 ( )  
B型肝炎 ( )  
C型肝炎 ( )  
伝染性皮膚疾患(有・無)  
疾患名 ( )  
その他感染症 ( )

(胸部X-P所見)  
右 左  
  
(心電図所見)  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

【福祉施設入所における注意点】  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

上記のとおり診断する。 平成 年 月 日

医療機関名  
住 所  
医 師 名 ㊞