

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

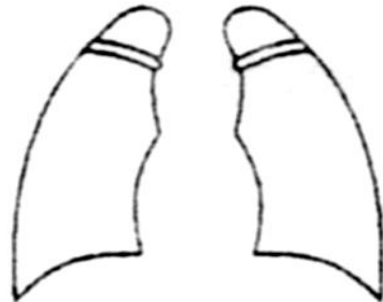
【既往歴】

_____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 ()
疥癬の有無 (有・無)
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

