

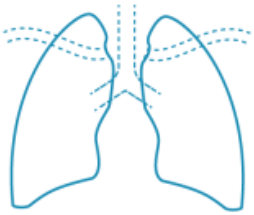
# 健康診断書

(注)この様式は基本的な健康診断書です。疾患に基づく検査データがありましたら添付してください。

(介護老人保健施設 牧野ケアセンター)

フリガナ 氏 名		男 女	生年月日 明治・大正・昭和 年 月 日( 歳)
住 所	TEL		

疾患名		既往歴	
症状・経過		処方内容	

(身長 cm)(体重 kg)(血圧 mmHg)(脈拍 回/分)				
検査所見【検査日 年 月 日】		胸部レントゲン【撮影日 年 月 日】		
尿	蛋 白	－ ± ＋	所見  異常あり・異常なし	
	糖	－ ± ＋		
	潜 血	－ ± ＋		
感染症	HBs	抗原精密 ー ＋		
	HCV	抗 体 ー ＋		
	疥 癬	－ ＋ 部位( )		
皮膚疾患(含褥瘡)		無・有 ( )	結核の既往	無・有 ( 歳)
アレルギー(食物・薬)		無・有 ( )	視力障害	無・有 ( )
麻 痺		無・有 ( )	聴力障害	無・有 ( )
拘 縮		無・有 ( )	言語障害	無・有 ( )
特記事項		医療処置の有無 インシュリン <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有( ) 胃 瘻 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有( ) その他( )		

上記のとおり診断いたします。

年 月 日

医療機関名

所在地

医師氏名

印

# 医療情報提供書のお願い

## 医療機関各位

平素は健康診断作成にご協力頂き誠にありがとうございます。  
当施設の利用希望者様の受け入れ審査に際し、介護老人保健施設にて適切に介護できるかどうかの診断に用いますので下記の検査データをお知らせくださいますようお願い致します。  
尚、検査データは3ヵ月以内の検査値をお願い致します。

患者名

様

		検査日	年	月	日
肝疾患	GOT				
	GPT				
	r-GTP				
	総ビリルビン				
腎疾患	クレアチニン				
	尿素窒素				
	Na(ナトリウム)				
	K(カリウム)				
	Cl(クロール)				
貧血	赤血球数				
	ヘモグロビン				
	血小板数				
	MCV				
栄養状態	ALB(アルブミン値)				
	TP(血清総タンパク)				
感染症後	CRP				
	白血球数				
	MRSA				
糖尿病	血糖	(食前・食後)			
	グリコヘモグロビンA1C				

※糖尿病疾患のある方はHba1cの検査をお願い致します。  
※過去の検査データもございましたらコピーで結構ですのでお知らせください。  
お手数をおかけしますが宜しくお願い致します。

# 日常生活動作表

		記入日	年	月	日
		病院・施設名			
ご利用者名		支援・介護・申請中			
		様 男 ・ 女 (介護度) 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5			ご記入者
		様			

あてはまる項目全てに○をつけて下さい。その他、何かあれば備考欄に詳細を記載してください。

移動	歩行:不可能・可能→独歩・杖・歩行器・つたい歩き・ふらつき(有・無) 車椅子:不使用・使用→移乗(自立・半介助・全介助【1人・2人】)・自操(可・不可)・固定帯・拘束(有・無) 寝返り:(可・不可) / 起き上がり(可・不可) / 座位保持(可・短時間なら可・不可) / 立位保持(可・不可)				
食事	自立・一部介助・全介助/義歯(無・有【使用・使用してない】上・下) 常食・制限食(糖尿病食 kcal/減塩6g/その他( ) ) 主食(米飯・軟飯・全粥・ミキサー粥)/副食(普通・一口大・刻み・ミキサー)/とろみ(否・要【少・普・強】) むせ込み(無・有【水分・固形】) / 溜めこみ(有・無)/食事摂取(良好・ムラ・不良)【主食: 割・副食: 割】 経管栄養:種類( ) 水分量:( )				
排泄	昼間:自立(トイレ・ポータブル・尿器)・トイレ誘導・パルン( Fr/次回交換日 / )頻尿(無・有【 時間毎】) オムツ:不使用・使用→紙オムツ・リハビリパンツ・尿取りパット 夜間:自立(トイレ・ポータブル・尿器)・トイレ誘導・トイレの覚醒( 回) オムツ:不使用・使用→紙オムツ・リハビリパンツ・尿取りパット 失禁(尿:→有・時々有・無/便:→有・時々有・無) / 尿意(有・無)便意(有・無)				
入浴	自立・一部介助・全介助(一般浴・機械浴・シャワー浴・清拭) / 入浴拒否(有・無)				
更衣	自立・一部介助・全介助				
聴力	普通・聞こえにくい(右・左)・聞こえない(右・左) / 補聴器(不使用・使用【右・左】)				
視力	普通・見えにくい(右・左)・見えない(右・左) / 眼鏡(使用・不使用) 白内障:(右・左)/手術済(右・左)点眼( ) 緑内障:(右・左)点眼( )				
言語	普通・聞き取りにくい / 言語障害:無・有→失語症・構音障害・その他( )				
床ずれ	無・有(部位 )(大きさ )(深さ )				
皮膚疾患	無・有(部位 )(症状 )				
浮腫	無・有(部位 )				
麻痺	無・有(部位 )	拘縮	無・有(部位 )		
睡眠	良眠・不眠→眠剤(要・不要)・昼夜逆転(有・無) / 夜間声出し(有・無)				
認知症の程度	無・軽度・中度・高度 / 意志疎通→問題なし・ある程度可能・困難				
行動障害	無・有→徘徊・盗食・異食・過食・暴言・暴力・大声・奇声・独語・幻覚・虚言 不潔行為・放尿・放便・収集癖・帰宅欲求・介護拒否・セクハラ行為・セクハラ発言				
抑制の状況	抑制:不要 ・ 要(ベット4点柵・離床センサー・センサーマット・ミトン・体幹抑制・つなぎ服・車椅子安全ベルト)理由( ) ナースコール:可・不可 / 声出し:(無・有)理由( ) 介護拒否:(無・有)理由( )				
老人性認知症判定	ランク: I ・ II a ・ II b ・ III a ・ III b ・ IV ・ M	寝たきり度判定	ランク: J (1・2) ・ A (1・2) ・ B (1・2) ・ C (1・2)		
備考					