

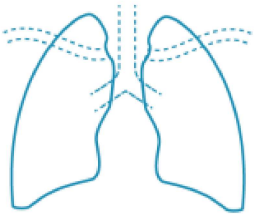
健康診断書

(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	所見  異常あり ・ 異常なし		
蛋白質		－ ± ＋	
糖		－ ± ＋	
潜血		－ ± ＋	
HBs		抗原精密 ー ＋	
HCV		抗体 ー ＋	
感染症	疥癬 ー ＋ 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 ☐ 無 ☐ 有() 胃瘻 ☐ 無 ☐ 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

健康診断書作成に議協力頂きまして、誠にありがとうございます。

以下の血液検査の御協力をどうぞ宜しくお願い申し上げます。

患者名

様

		検査日	年	月	日
肝疾患	GOT				
	GPT				
	γ-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				
糖尿値	血糖				(食前・食後)
	グリコヘモグロビンA1C				
脂質	総コレステロール				
	中性脂肪				
※凝固系 (抗凝固剤服用中の方のみ)	PT-INR				

日常生活動作表

		記入日		年	月	日
		支援・介護・申請中		病院・施設名		
ご利用者名	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・バルン(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						