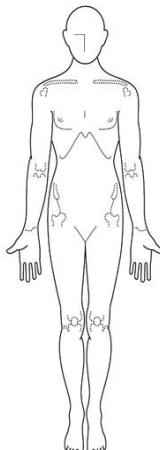


健康調査票

年 月 日	氏 名		
現病名	病院名・主治医 TEL _____ 受診状況：通院・往診・服薬のみ () 月・週・日に () 回 往診可能な医療機関		
既往歴	TEL _____ 緊急入院可能な医療機関 TEL _____		
身障手帳 無・有 _____ 種 _____ 級 (障害名 _____) 年 月 日取得			
障 害 状 況	身体状況	1 身長 _____ cm 2 体重 _____ kg 3 視力 (1) 普通 (2) 弱視 (左・右) (3) 全盲 (左・右) 4 聴力 (1) 普通 (2) やや難聴 (左・右) (3) 難聴 (左・右) 5 言語障害 無・有 (少し不自由・不自由・話せない) 6 入れ歯 : 無・有 (上・下)	
 <p style="text-align: center;">障害箇所</p> <p style="text-align: center;">▨ 機能障害 部位</p> <p style="text-align: center;">× 局所的障害 部位</p> <p style="text-align: center;">■ 欠損部位</p> <p style="text-align: center;">寝たきり度 ()</p>	日常生活動作	1 歩行 (1) 自分で可 (2) 一部介助 (3) 全介助 使用具 () 2 排泄 (1) 自分で可 (2) 一部介助 (3) 全介助 3 食事 (1) 自分で可 (2) 一部介助 (3) 全介助 4 入浴 (1) 自分で可 (2) 一部介助 (3) 全介助 5 更衣 (1) 自分で可 (2) 一部介助 (3) 全介助	
	精神状態及び認知症等による周辺症状	1 正常 2 精神障害あり _____ 頃から (1) 認知 ①記憶障害 a 重度 b 中度 c 軽度 ②失見当 a 重度 b 中度 c 軽度 (2) 幻覚 a 重度 b 中度 c 軽度 (3) 妄想 a 重度 b 中度 c 軽度 (4) その他 () 3 認知症等による周辺症状あり _____ 頃から (1) 攻撃 a 重度 b 中度 c 軽度 (2) 自傷行為 a 重度 b 中度 c 軽度 (3) 火の不始末 a 重度 b 中度 c 軽度 (4) 徘徊 a 重度 b 中度 c 軽度 (5) 不穏行為 a 重度 b 中度 c 軽度 (6) 不潔行為 a 重度 b 中度 c 軽度 (7) 失禁 a 重度 b 中度 c 軽度 (8) その他 ()	
伝染性疾患	無・有		
麻痺	無・有 _____		
拘縮	無・有 _____		
褥瘡	無・有 _____		
便秘	無・有 (浣腸・下剤・自然)		
失禁	無・有 (尿・便・日中・夜間)		
特別な医療	次の医療が必要な場合は状況を詳しくご記入下さい。 ○尿道カテーテル(有・無) ○ストーマ(有・無) ○インシュリン(有・無) ○褥瘡(有・無) ○レスピレーター(有・無) ○酸素療法(有・無) ○気管切開(有・無) ○人工透析(有・無) ○経管栄養(有・無) ○胃ろう(有・無) ○中心静脈栄養(有・無) ○その他()		
	(詳細記録)		