

入居時健康診断書

氏名		性別	男・女	生年月日	年 月 日
現住所	〒 _____ TEL (_____) _____				
身長	_____ cm	体重	_____ kg		
既往歴					
現病歴					

■現病

胸部・腹部		心臓				
神経系		脊柱・四肢				
皮膚疾患	褥瘡の場合【部位； _____ 数； _____ 大きさ； _____ 】 その他					
目		鼻				
血液型	ABO式	耳	(難聴 有・無)			
尿検査	蛋白	糖	ウロビリノーゲン			
血圧	/		体格	大・中・小		
栄養状態	良・可・不可 (_____)					
伝染性疾患	検査項目	結果	伝染の可能性			
	ワッセルマン反応	+・-	有・無			
	結核(胸部X線写真を含む)	+・-	有・無 (治癒/ 有・無)			
	肝炎(HBs)	+・-	有・無			
	肝炎(HCv)	+・-	有・無			
精神障害	MRSA(部位； _____)	+・-	有・無			
	その他	+・-	有・無			
精神障害	脳血管性 アルツハイマー型 老人性	}	認知症	精神病	慢性中毒	問題行動等
	現在の治療 と状況(投薬名・量等)					

医師の所見	入所	適・否	注意事項(意見)
	入院	適・否	
	通院	適・否	

上記のとおり診断いたします。

診断年月日 年 月 日

医療機関名

医師名

