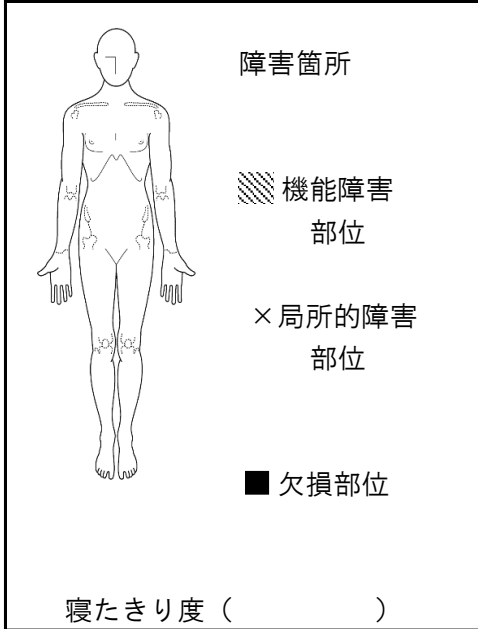


健康調査票

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	
			日常生活動作	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)	
		精神状態及び問題行動	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					
寝たきり度 ()		精神状態及び問題行動	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 問題行動あり _____ 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)				